

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Jitka Suchová

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Příprava dětí na plánované operační zákroky

Preparing children for planned surgeries

Jitka Suchová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika N7506

Studijní obor: N SPPG

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Příprava dětí na plánované operační zákroky vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 18. 4. 2019

.....

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala panu primáři z oddělení dětské chirurgie v Kolíně MUDr. Liboru Janečkovi za poskytování odborných informací a umožnění provedení výzkumu, stejně tak i vrchní sestře dětského oddělení Bc. Monice Matušinové, jako i ostatnímu zdravotnickému personálu.

ABSTRAKT

Cílem předkládané diplomové práce bylo zjistit, nakolik jsou děti připravovány na operační zákroky a jakým způsobem. Pro tento výzkum byly vybrány děti z oddělení dětské chirurgie Oblastní nemocnice Kolín, v období únor – červen 2018. V teoretické části jsou popsány rizikové faktory vzniku anxiózních poruch v dětství, jsou definovány: úzkost a úzkostnost, strach, fobie, situační úzkost, psychická odolnost. Ve výzkumu bylo použito smíšené metody. Technikou byl písemný dotazník. V případě nejasných odpovědí bylo použito upřesňujícího ústního dotazování.

V praktické části byly využity dva druhy dotazníků. Jeden je určený pro hospitalizované děti ve věku 7-15 let a druhý pro jejich rodiče.

Výzkumem bylo zjištěno, že sedmnáct dětí, z celkového počtu sedmdesáti, nebylo informováno vůbec, nebo až těsně před zákrokem. Všechny tyto děti byly neklidné, případně až hysterické, křičely a plakaly.

Děti, které byly na operaci nějakým způsobem připravovány, ji snášely celkem dobře.

Můžeme tedy tvrdit, že většina dětí byla nějakým způsobem připravována a většinou se jednalo o rozhovory s rodiči.

Edukační materiál využíván nebyl, protože v současné době žádný ani neexistuje.

KLÍČOVÁ SLOVA

děti, dětská chirurgie, operační zákroky, anxieta, edukační materiál

ABSTRACT

The aim of this thesis was to find out how much and in what way children are prepared for surgical procedures. For the research were selected children at the Department of Paediatric Surgery of the Kolín Regional Hospital, from February to June 2018. In the theoretical part, risk factors for developing anxiety disorders in childhood are described. In particular, anxiety and nervousness, fear, phobia, situational anxiety and mental resilience are defined. A mixed method was used in the research. The main tool was a written questionnaire. In the case of unclear answers, an oral interview was used.

In the practical part, two types of questionnaires were used. One is for hospitalized children aged 7-15 and the other for their parents.

The research found that seventeen children, out of seventy, were not informed at all, or immediately before surgery. All these children were restless, or even hysterical, they were screaming and crying.

The children who were informed of the operation in some way tolerated it quite well.

So we can say that most of the children were prepared. Mostly it was only by conversation with parents.

The educational material was not used because there is not currently appropriate one.

KEYWORDS

children, paediatric surgery, surgical procedures, anxiety, educational material

Obsah

1	Úvod	9
	Teoretická část.....	11
2	Hospitalizace dítěte.....	11
2.1	Pobyt v nemocnici	11
2.2	Sociální opora	11
2.3	Školy při nemocnici	14
2.3.1	Mateřská škola při nemocnici.....	15
2.3.2	Základní škola při nemocnici	15
2.3.3	Školy při lázeňských léčebnách a ozdravovnách	16
2.3.4	Tradice škol při nemocnicích	16
2.3.5	Význam a úloha škol při nemocnici	17
3	Příprava na hospitalizaci.....	18
3.1	Příprava na zátěžové situace	18
3.1.1	Základní pravidla přípravy na zátěžové situace	18
3.1.2	Příprava na návštěvu u lékaře.....	19
3.1.3	Strategie rodičů při přípravě dítěte na lékařský zákrok.....	20
3.1.4	Strategie zdravotníků při přípravě rodičů a dítěte na lékařský zákrok	21
3.2	Příprava dítěte na hospitalizaci	22
4	Herní specialista	24
4.1	Herní terapie	24
4.1.1	Výzkum	25
4.2	Role herního specialisty.....	26
4.2.1	Příprava dítěte na zákrok herním specialistou	27
4.2.2	Cíle herní přípravy.....	28

4.2.3	Herní specialista ve Velké Británii	29
4.3	Hospitalismus.....	30
4.4	Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu.....	30
4.4.1	Potřeba ochrany před bolestí	31
4.4.2	Reakce na bolest	31
4.4.3	Vnímání bolesti	32
5	Psychika dětského pacienta	33
5.1	Vliv zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta.....	33
5.1.1	Šetření vlivu hospitalizace na dítě	34
5.2	Psychologické aspekty onemocnění a hospitalizace dítěte	34
6	Psychické jevy	37
6.1	Úzkost a strach.....	37
6.1.1	Anxieta	37
6.1.2	Strach	38
6.2	Fobie	38
6.2.1	Specifické (izolované) fobie.....	39
6.3	Překonávání úzkosti a strachu.....	39
6.3.1	Princip poznání a konání	39
6.3.2	Strach z lékaře a bolesti	40
6.4	Specifické charakteristiky anxiety v dětství	41
6.4.1	Epidemiologie.....	42
6.4.2	Terapie	42
6.5	Psychická odolnost	43
6.5.1	Psychická odolnost a její vývoj	44
6.5.2	Psychická odolnost v náročných životních situacích	45

6.5.3	Konstruktivní řešení náročných situací	46
	Praktická část.....	48
7	Příprava dětí na plánované operační zákroky.....	48
7.1	Cíl práce	48
7.2	Metodologie a výběr metod	48
7.3	Kvantitativní výzkum	49
7.4	Metoda - Dotazník	49
7.4.1	Nástroje.....	50
7.4.2	Procedura	52
7.4.3	Výzkumné otázky	56
7.4.4	Výzkumný vzorek	57
7.5	Výsledky výzkumu	66
7.6	Interpretace odpovědí na výzkumné otázky – dotazník pro děti	76
7.7	Interpretace odpovědí na výzkumné otázky – dotazník pro rodiče	79
7.8	Diskuze	82
8	Závěr.....	87
9	Seznam použitých informačních zdrojů	89
10	Seznam příloh.....	92

1 Úvod

„Připomeňme si, že pro malé dítě platí, že se učí přemáhat strach u mámy v náručí. Ne že je jako skleníkovou květinu chráníme před jakýmkoliv strachem, ale že se staráme, aby strach prožívalo s jistotou v zádech, tj. v prostředí, kde se cítí v bezpečí. Jen tak se totiž naučí strach překonávat bez hrůzy a zoufalství a újmy na duševním zdraví.“

Matějček, 2004

Již sedm let pracuji ve speciálním školství, z toho poslední dva roky jako vychovatelka ve škole při nemocnici, konkrétně na dětské chirurgii Oblastní nemocnice Kolín.

Klasická škola při nemocnici byla v Kolíně zrušena již v roce 2004, její funkci přebrala mateřská škola, školní družina a školní klub při nemocnici. Škola při nemocnici spadá pod ZŠ, MŠ a PŠ Kolín, příspěvkovou organizaci. Jedná se o mateřskou školu speciální, základní školu speciální, základní školu zřízenou podle § 16 odst. 9 školského zákona č. 561/2004 a praktickou školu střední. Práce vychovatelky na chirurgickém oddělení spočívá ve vyplňování volného času hospitalizovaných dětí, ať už jsou přítomni jejich rodiče, či nikoli.

Téma diplomové práce jsem si vybrala pro to, že existuje podle mého názoru a mé zkušenosti pouze nedostačující nebo vůbec žádná edukace dítěte před operačním zákrokem.

Rodiče i děti jsou před zákrokem povšechně informováni lékařem nebo zdravotní sestrou. Většinou se jedná o všeobecné informace týkající se nástupu do nemocnice a s tím spojených organizačních záležitostí. Tyto prvotní informace se rodiče i děti dozvídají zhruba 4 – 6 týdnů před vlastním operačním zákrokem, při stanovení termínu operace. Potom následuje informační vakuum, kdy si případně rodiče sami mohou vyhledat nějaké související informace. Zhruba týden před operací si rodiče musí zajistit pro dítě předoperační vyšetření, které se ale opět týká zdravotní stránky dítěte, nikoliv jeho psychiky. V den nástupu k hospitalizaci přijde rodič s dítětem na chirurgickou ambulanci, odtud je po vyšetření dítě odesláno na ambulanci tzv. ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), kde je s anesteziologem domluven způsob anestezie. Poté přichází na lůžkové

oddělení. Zde s nimi zdravotní sestra sepíše přijímací protokol, který obsahuje důležité informace o dítěti.

Při tomto přijímacím (ceremoniálu) je dítě spolu s rodičem edukováno, ovšem opět jen stručně a jsou jim podány pouze nezbytné informace. Může se stát, že některé detaily nejsou náležitě vysvětleny nebo jsou dokonce vynechány, naopak některé se třeba opakují.

Pro výzkumnou část práce byla vybrána metoda dotazníku. Dotazník vyplňovaly děti od 7 do 15 let a jejich rodiče, ať už byli hospitalizováni spolu s dítětem, či nikoliv. Obzvláště menší děti někdy potřebovaly s vyplňováním dopomoci, někdy maminka četla otázky, dítě na ně odpovídalo a maminka pak zapisovala tyto jeho odpovědi. Pokud někdy došlo k nepřesným nebo sporným odpovědím, následovalo ústní dotazování ke zpřesnění.

Bylo by přínosné, mít edukační materiály, které by byly k dispozici rodičům i dětem hned při stanovení termínu operace. Rodiče by si je mohli vzít domů a na operaci dítě po celou tu dobu, až po samotný zákrok připravovat. Další tyto materiály by měly být k dispozici přímo na oddělení.

Psychika dítěte je velmi důležitá, a pokud bude dítě dostatečně připravené, nebude se tolik bát. Bude mít také větší důvěru ve zdravotnický personál a všechny kolem sebe, a konečně bude také lépe spolupracovat. Všem zúčastněným jde v první řadě o zlepšení zdravotního stavu dítěte. Samozřejmostí by ale také mělo být to, že si dítě z nemocnice odnáší pokud možno dobrý dojem a nikoli traumatické zážitky.

V této nemocnici dochází k pravidelným exkurzím zdravých dětí, které zde mají možnost seznámit se s dětským oddělením, různými druhy vyšetření, zdravotnických přístrojů a nástrojů. Mohou se podívat do jednoho pokoje, zkusit si např. změřit tlak anebo poslechnout tlukot svého srdíčka. O tyto návštěvy je velký zájem, střídají se zde děti z kolínských mateřských škol – zde se jedná hlavně o předškolní děti a dále potom o děti ze základních škol – zhruba od první do páté třídy.

V případě hospitalizace potom dítě nemocnici vnímá více jako normální běžné prostředí a ne jako hrozbu, ne jako místo, kde se dětem jenom ubližuje.

Pro lékaře a vůbec celý zdravotnický personál je vždy ta nejvíce ideální práce s klidným, spokojeným a spolupracujícím dítětem.

Teoretická část

2 Hospitalizace dítěte

2.1 Pobyt v nemocnici

Hospitalizace může být, pokud není naplněna jedna ze základních důležitých potřeb a to pocit bezpečí, pro dítě traumatem, které je provází až do dospělosti.

Každý samostatný pobyt v cizím prostředí je pro dítě, obzvláště pro malé dítě, stresujícím zážitkem. Ještě více to platí v případě, pokud se jedná o pobyt v nemocnici. Pro dítě je životní zkušenost s hospitalizací součtem stresujících veličin, jako je cizí postel, neznámí lidé, bolest, úzkost, strach z neznámého, cizí prostředí a lékařské, často nepříjemně bolestivé úkony. Malé dítě asi pro tu danou první chvíli nerozlišuje, zda je jedná o krátkodobou či dlouhodobou hospitalizaci. V tento okamžik je vytržené ze svého běžného prostředí, na které je zvyklé, je omezováno svým pohybem i činnostech, trpí ztrátou svých blízkých. (Praško, 2010)

Již více než dvacet let se mění podmínky v českých nemocnicích a mohl se tedy začít uplatňovat přístup péče zaměřené i na rodinu pacienta (ve světě známý pod názvem „family-centered-care“ – FCC). Dnešní rodiče tak mohou zůstat v nemocnici se svými malými dětmi, což byla dříve nemyslitelná situace. Mohou je doprovázet na vyšetření a poskytovat jim tak potřebnou psychickou podporu při jejich uzdravování. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

2.2 Sociální opora

Nejbližší a pro dítě nejdůležitější neformální sociální oporou je umožnění doprovázení hospitalizovaného dítěte rodiči, příp. jinými zákonnými zástupci. Dětská oddělení samozřejmě nabízejí i řadu dalších, neméně důležitých zdrojů formální sociální opory, jíž jsou mateřské a základní školy při nemocnicích. Zde jsou poskytovateli sociální opory jak nemocným dětem, tak i jejich rodičům vychovatelé a speciální pedagogové. Další oporou mohou být např. herní specialisté.

V rámci humanizace hrají nezastupitelnou roli i dobrovolnické aktivity, zaměřené hlavně na ovlivňování a smysluplné vyplňování volného času. Jsou to např. dobrovolníci ve

smyslu hraní si s dětmi, předčítání dětem apod., do některých oddělení nemocnic chodí „zdravotní klauni“, probíhají podpůrné terapie atd.

Veškeré obtíže spojené s pobytem v neznámém nemocničním prostředí mohou u dětí vyvolávat úzkost a strach. Hospitalizace dítěte je vždycky výrazným zásahem do jeho života. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

Pokud je člověk během svého života vystaven jakékoliv zátěži, k vyrovnání se s ní používá v zásadě čtyři způsoby. Může reagovat fyziologicky, tzn. „použije“ reakci stresovou, neuvědomělou, spontánní. Ta je dobře prozkoumaná v rámci výzkumu stresu. Může také mobilizovat své vnitřní zdroje a osobnostní zvláštnosti, které jsou psychologií nazývány odolnost nebo nezdolnost člověka. Dále může používat různé podpůrné prostředky, jako jsou léky, příp. alkohol nebo drogy, anebo ideálně používá zvládající postupy. Ty zahrnují promyšlené, uvědomované, naučené strategie zvládání zátěže. Zde se jedná o situace, kdy si buď vystačí sám a sám řeší problém, vycouvá z problému, snaží se vyhnout nebo uniknout, přemlouvá sám sebe apod. Do situace také může vstupovat jeho sociální okolí. Jedinec buď sám žádá o pomoc, anebo je mu pomoc nabízena, aniž o ni výslovně požádal. Poslední zmiňované se nazývá sociální opora. Sociální opora je definována jako dobře míněná činnost, která je ochotně poskytována osobě, s níž je poskytovatel v osobním vztahu. Tato činnost má kladný efekt u příjemce, ať už okamžitě, anebo s časovým odstupem. Může ji poskytovat i naprosto cizí člověk či anonymní instituce nebo člověk-profesionál, který to má v náplni práce. Je poskytována člověku, jenž se nachází v zátěžové-stresové situaci. (Praško, 2010)

Osobami, které jsou přímo spjaté s příjemcem opory, tj. hospitalizovaným dítětem, jsou zpravidla rodiče či jiní blízcí příbuzní. Mezi profesionály můžeme v tomto směru počítat zdravotnický personál a další pomáhající profese, jako je např. herní specialista, učitelky a vychovatelky ve škole při nemocnici a další.

Pozitivním faktorem je v každém směru pobyt rodiče s dítětem. Největší přínos rodičovské sociální opory je v tom, že napomáhá zmírnit nežádoucí vlivy působící na hospitalizované dítě, usnadňuje adaptaci dítěte na cizí prostředí a umožňuje trvale naplňovat jeho potřeby.

Samozřejmě existují i takové výjimečné situace, kdy určité typy rodičů ještě svoji vlastní nervozitu přenášejí na dítě. Celkově lze ale říct, že rodiče hrají nezastupitelnou a ničím nenahraditelnou roli při poskytování sociální opory svému dítěti.

V současné době je důležitost psychické a sociální opory pro nemocné dítě už zpravidla vnímána jako samozřejmost. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

Pokud chce být rodič hospitalizovaný spolu s dítětem v nemocnici, existují tyto tři základní možnosti, a to: pobyt s dítětem přímo na pokoji, lůžko pro rodiče je umístěné vedle lůžka pro dítě, společný pokoj pro matky na oddělení (to víceméně ovšem znemožňuje pobyt otce na oddělení přes noc), anebo možnost, kdy rodič je na oddělení s dítětem jen přes den, v noci přebývá např. na ubytovně či na jiném oddělení nebo odchází domů.

Na některých odděleních funguje i kombinace těchto uvedených možností. Přímo na pokojích s dětmi většinou přednostně zůstávají maminky kojenců, případně batolat, a ostatní spí na ubytovně či v pokoji pro matky, který se nachází přímo na oddělení. Je zde možnost být se svým dítětem celý den a v noci potom jen kousek od něj. Na některých dětských odděleních umožňují rodičům strávit noc alespoň sedíc na židli vedle lůžka dítěte. (JEŽKOVÁ, 2019, [cit. 2019-02-26])

Kojenci, batolata a malí předškoláci ještě nemají pojem o čase a nechápou, co to znamená, když se jim řekne, že maminka zase zítra ráno přijde nebo že přijde zítra. Konkrétnější časový údaj, že „maminka přijde, až se vyspinkáš“, sice zpřesňuje představu, jak dlouho bude dítě samo, ale zase zde hrozí, že toto ujištění nebude pravdivé. Dítě se může náhodou vzbudit v noci, nebo se vzbudí dříve, než maminka přijde, ta mu v tu chvíli nebude nablízku a dítě, kromě zvýšené úzkostlivosti a stresu, bude také zklamané z nedodržení slibu a ztratí důvěru ve své blízké. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

Z pohledu lékaře je pro hospitalizované dítě nejdůležitější to, aby mohlo být se svým rodičem nebo někým blízkým, nebo alespoň aby mu mohli být rodiče nebo blízcí známí co nejdéle nablízku.

Dnes je již téměř běžné, že rodiče mají možnost zůstat s dítětem v nemocnici dvacet čtyři hodin denně, tedy i přes noc. Vyžaduje to Charta práv dítěte a pojišťovna hradí pobyt rodiče s dítětem do 6 let věku. Přítomnost rodiče u dítěte během vyšetření je velmi často

také možná. Pobyt rodiče na operačním sále zřídka. Operační sál má svá specifika a navíc dítě v celkové narkóze z přítomnosti rodiče nijak neprofituje. Větší význam má, když rodič může k operaci dítě doprovodit a předat anesteziologovi a poté zase být s dítětem, když procítá z narkózy.

Ideální je příprava dítěte před zákrokem, kdy mohou rodiče odvést velký podíl práce. Odvíjí se to samozřejmě od schopností rodičů vysvětlit takovou situaci. Někdy může pozitivní roli sehrát dětský psycholog.

Někteří rodiče zůstat na oddělení nechtějí a docházejí jen na návštěvy, případně za dítětem nechodí vůbec, ale v naprosté většině mají objektivní důvod, proč tomu tak je. Většinou je to další sourozenec, kterého nemá doma kdo hlídat, a také se to v drtivé většině případů týká starších dětí. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

2.3 Školy při nemocnici

Další významnou podporující skupinou osob, která se podílí na výchově, vzdělávání, volnočasových aktivitách a přípravě dítěte na zákrok či vyšetření, jsou pedagogičtí pracovníci ve školách při nemocnici. Jedná se o učitelky a vychovatelky mateřských škol při nemocnici, dále potom o učitelky a vychovatelky základních škol, školních družin a školních klubů při nemocnici.

V mateřské a základní škole při zdravotnickém zařízení se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo žáci dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Základní školy mohou poskytovat podle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol, kteří jsou v tomto zdravotnickém zařízení aktuálně hospitalizováni.

K zařazení do školy ve zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáka určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem.

V nemocnici rozlišujeme akutní péči a následnou péči; dle počtu lůžek rozlišujeme nemocnice malé, takzvané oblastní (do sedmi set lůžek), a velké, takzvané fakultní (nad sedm set lůžek). Podle typu vlastnictví dělíme nemocnice na státní a nestátní (veřejné

a soukromé). Nemocnice se dále dělí na jednotlivé kliniky a oddělení, přičemž škola při zdravotnickém zařízení slouží nejčastěji pacientům na dětských odděleních. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

2.3.1 Mateřská škola při nemocnici

Mateřské školy při nemocnicích zajišťují výchovu dětí zpravidla od dvou až tří let do šesti až sedmi let. Cílem práce v mateřské škole je překonat kritickou dobu, kterou dítě prožívá během hospitalizace, zlepšit jeho psychický stav, jenž úzce souvisí s jeho uzdravením, udržet ho na jeho stávající vývojové úrovni a vrátit ho rodičům co nejspokojenější. Mateřské školy při nemocnicích pracují podle rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Od roku 2007 je mateřská škola, která byla zřízena při zdravotnickém zařízení, ze zákona povinna mít také svůj školní vzdělávací program.

(Dlouhá, Dlouhý, 2015)

2.3.2 Základní škola při nemocnici

Koncepce základních škol vychází z platné legislativy školského zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Vyučuje se na základě učebních plánů a osnov běžné základní školy. Tyto plány a osnovy jsou přizpůsobovány zdravotnímu stavu žáků. Vychází se z rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV), který je jedním z oficiálně schválených vzdělávacích programů pro základní vzdělávání. Cílem je, aby žák zvládl danou učební látku i v podmínkách nemocnice a následně se zařadil bez problémů zpět do běžné školy. Další platnou legislativou při vzdělávání žáků ve školách při nemocnici je Vyhláška 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

V základní škole v nemocnici se většinou vyučuje podle rozvrhu každý den jeden hlavní předmět (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a k němu se přiřazují jeden až dva předměty vedlejší. Výuka probíhá na pokojích u lůžka nebo v herně či jiném prostoru k tomu vyhrazeném. Je-li žák zařazen do výuky déle než deset vyučovacích dnů, je na jeho kmenovou školu zaslán záznam o výuce žáka, kde je provedeno hodnocení žáka slovně nebo klasifikací, případně je uveden důvod, proč nemůže být žák hodnocen. Jestliže

hospitalizace probíhá déle než tři měsíce nebo při opakovaném pobytu v nemocnici, je kmenové škole zaslán návrh klasifikace.

Součástí základní školy při nemocnici bývají také **školní družiny a kluby**. Ty navazují na školní práci a rozvíjejí zájmovou činnost dětských pacientů. (Valenta, 2008)

2.3.3 Školy při lázeňských léčebnách a ozdravovnách

Školy tohoto typu jsou specifické tím, že se tato zařízení nacházejí v přírodním prostředí. Jsou zřizovány školy mateřské, základní a případně individuální konzultace, pokud se jedná o žáky navštěvující střední školy. K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se opět vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce dítěte. Ozdravovny a léčebny mají specifický denní režim, zatímco materiální vybavení těchto zařízení se blíží běžným školám.

K odborným léčebným ústavům patří rehabilitační ústavy, které jsou určeny primárně pacientům s tělesným postižením. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

2.3.4 Tradice škol při nemocnicích

Školy při zdravotnických zařízeních u nás mají již více než stoletou tradici. V posledních letech přešly z gesce MŠMT pod krajské úřady. O jejich podobě, financování, ba i existenci nyní rozhodují krajští úředníci. Školy plní funkce preventivní, výchovně vzdělávací, poradenskou, materiální; spolupracují s lékaři, rodiči i učiteli kmenových škol. Síť těchto škol se však neodbornými zásahy zmenšuje. V roce 1990/1991 jich bylo 274, v roce 2014 už jen 90, z toho 80 základních škol při nemocnicích a 10 škol při léčebnách, sanatoriích a lázních.

Výzkumná sonda v Národním registru hospitalizovaných zjistila, že průměrná ošetrovací doba u hospitalizovaných dětí a dospívajících ve věku 5–14 let v roce 2014 činila jen 3,5 dne. Tento údaj je ovšem výrazně ovlivněn jednodenními a krátkodobými hospitalizacemi, v rozsahu 2 – 7 dnů. Úředníci-laici však z toho vyvozují, že pro tak krátké období není třeba provozovat školu při nemocnici. Analýza však ukázala, že v posledních letech je průměrně 6700 dětí a dospívajících hospitalizováno 15 a více dní, často i opakovaně, pro nemoci dýchacích soustav, poruchy duševní a poruchy chování, nemoci nervové soustavy,

poranění a otravy. Existence škol při zdravotnických zařízeních je tedy oprávněná, protože usnadňuje dlouhodobě nemocným dětem návrat do původní kmenové školy.

(Mareš, Žofka, 2016. [cit. 2019-03-10])

2.3.5 Význam a úloha škol při nemocnici

Obvykle se uvádí, že speciální školy při nemocnicích plní čtyři úkoly. Prvním z nich je zabránění vzniku mezer ve vědomostech a dovednostech dětí tím, že se hospitalizované dítě dál vzdělává v několika vybraných předmětech. Dále zajišťují dítěti plynulý a bezproblémový návrat do původní kmenové školy. Dalším úkolem je zaměstnávat dítě s ohledem na jeho zdravotní stav a odvádět jeho pozornost od nemoci a obtíží spojených s léčením. Vyučování má také psychoterapeutické účinky, pomáhá dítěti i mimo samotnou výuku. Psychologický přístup speciálního pedagoga usnadňuje dítěti adaptaci na neznámé prostředí, pomáhá mu překonat nepříjemnosti, které jsou spojené s odloučením od rodiny, zbavuje ho strachu z nemoci, umožňuje mu lépe zvládat nepříjemné výkony a vyrovnat se s léčením, které někdy bývá pro dítě příliš zdlouhavé. (Vodová, Mareš, 2001)

3 Příprava na hospitalizaci

3.1 Příprava na zátěžové situace

V životě dítěte přicházejí často situace, které jsou náročnější na zvládnutí. Některým dětem nemusí působit žádnou nepohodu, ale pokud dítě není schopné situaci zvládnout, může to být veliký problém pro něho i pro celou rodinu. Může se jednat o nástup do školky nebo školy, narození sourozence, návštěvu lékaře či pobyt v nemocnici apod.

Menší či větší krize jsou součástí našeho každodenního života. Musíme je brát vážně, vyžadují naši pomoc, ale na druhou stranu by neměly být zbytečně „dramatizovány“. Dítě by mělo pochopit, že i v krizi máme různé prostředky a cesty, jak ji můžeme buď vlastními silami, nebo za pomoci druhých zvládnout.

Ti, kteří zpravidla neúmyslně nesou podíl na strachu a nezvládnutí situace dítětem, bývají většinou rodiče. Pokud je to jen trochu možné, je nesmírně důležité rodiče na tuto situaci připravit. Rodič v takové situaci by si měl sám udělat čas na zamyšlení a reflexi toho, jaké pocity má a jaké signály vysílá směrem k dítěti. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

3.1.1 Základní pravidla přípravy na zátěžové situace

- 1) Rodiče si často ani neuvědomují, v jak velké míře přenášejí své obavy na dítě. Ale netýká se to jenom přímo vyřčených slov, protože děti jsou velmi citlivé také k neverbálním projevům svých rodičů. Jsou schopné vnímat zvýšenou tepovou frekvenci a změnu dechu. Pokud není rodič schopen kontrolovat projevového chování, měl by sám sebekriticky zvážit a přehodnotit, zda je dítěti tím správným průvodcem, zda by pro dítě nebylo lepší, aby bylo např. při nástupu do nemocnice nebo při ošetření lékařem bez přítomnosti úzkostného rodiče.
- 2) Dítěti se vždycky má říct, co se bude dít, má být informované o tom, co bude následovat (pokud to my sami víme) a vysvětlení má být vždy na vývojové úrovni dítěte. U malých dětí je nejvíce osvědčený názorný způsob vysvětlování. Mohou nám pomoci různé obrázkové knížky, vyprávění o někom, kdo podobnou situaci zažil, simulovaná hra s plyšáky apod. V žádném případě není žádoucí tvrdit dítěti, že to např. nebude vůbec bolet. I když popření problému je míněno v dobrém slova smyslu, způsobí pravý opak, protože důvěra dítěte bude zklamána, pokud to bolet opravdu aspoň trochu bude, což je

pravděpodobné. S dítětem by se mělo několikrát detailněji projít, co se bude dít. Jedná se obzvláště o situaci vážnějšího a složitějšího lékařského zákroku. Některé věci je možné i nakreslit a vysvětlit potom na této kresbě. V některých nemocnicích plní tuto funkci herní specialisté, vyškolený zdravotní personál, zdravotní klauni, perioperační sestra apod. V různých nemocnicích existují hůře či lépe vypracované edukační materiály pro rodiče i děti, můžeme zmínit již mnohaletou tradici panenek Kiwanis, panenky v různých podobách jsou používány v mnoha nemocnicích České republiky apod. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

- 3) Někteří rodiče v dobré víře slibují dětem různé odměny. Např.: „Když si necháš píchnout injekci, odebrat krev koupím ti to, anebo to.“ Dítě potom prožívá kromě samotného stresu z dané situace ještě navíc stres z obavy, že neobstojí, selže a nabízenou odměnu nedostane. Kromě toho velikost nabízené odměny již předem dává tušit, jaký asi význam má očekávaná událost a tudíž jakou míru bolesti může dítě ve své fantazii předpokládat. Toto očekávání může naopak ještě úzkost dítěte zvyšovat.
- 4) Velmi nevhodný, ale zároveň pro rodiče také pohodlný je způsob používání špatného zážitku jako výhrůžky. Dítě se samozřejmě opakování zážitku bojí, a protože strach je velmi silná emoce, skutečně může chování dítěte usměrnit.
- 5) V zátěžových situacích může dítěti pomoci určitý předmět – talisman, oblíbená hračka, sportovní maskot, památeční předmět, kterého si dítě váží apod. U hospitalizovaných dětí to bývá nejčastěji vlastní oblíbené pyžamko, polštářek nebo plyšáček do postele. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

3.1.2 Příprava na návštěvu u lékaře

Už v dětství se u nás může utvářet strach z lékaře a hlavní roli zde hraje naše vlastní zkušenost. Na prvním místě jako stresující faktor je strach z bolesti, potom separace od matky a bezmocnost – nemožnost úniku. U staršího dítěte je naopak lékař tím, kdo pomůže, uleví od bolesti.

Dítě se bojí bílého pláště, injekce, krve, bolesti, že ho tam maminka nechá samotného a odejde apod. Obavy z lékaře a lékařského ošetření jsou svým způsobem záležitostí přirozenou, pokud se ovšem nejedná o extrém, kdy je pro dítě návštěva u lékaře silným

stresovým zážitkem a ono se pak zařazuje do skupiny „obtížně ošetřitelných pacientů“. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

Rodič by se neměl nechat odradit od přítomnosti u dítěte v maximální možné míře u situací, kde je to jen trochu možné. Přítomnost rodiče je pro dítě velice potřebná do osmi let. Při náročnějších zákrocích, nebo pokud je dítě úzkostné, tak i ve vyšším věku. Také při celkové anestezii, to znamená při „usínání“ i „probouzení“ dítěte by měl být přítomen rodič anebo alespoň osoba velice blízká. Rodič se může odvolávat na Chartu práv dětí v nemocnici nebo Listinu základních práv a svobod, kde se v článku 32, odstavec 4 říká, že péče o děti a jejich výchova je právem rodičů a že nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.

Rodič by se měl řídit těmito pravidly:

- před plánovaným zákrokem anebo v případě akutního stavu dítěte ještě krátce přímo v ordinaci zopakovat, co se bude dít
- snažit se vyhnout negacím, používat pozitivní formulace (chybné jsou věty typu: „Nedívej se ta tu injekci!“, „Nesmíš se bát!“, „Nebude to bolet, neplakej!“ ... apod.
- uvědomit si souvislosti s nějakým dřívějším negativním zážitkem dítěte, domluvit se s lékařem a snažit se opakování nepříznivého zážitku předejít
- snažit se o odpoutání pozornosti dítěte od bolesti, může pomoci např. princip doprovázení (pacing) a vedení (leading). Např.: „Říkáš si teď asi, co bude dělat s tou bílou věcí?“ = paging. „Ta je na to, abych nožku spravil a byla zase rovná“ = leading. U dětí ve věku od tří do osmi let může ke zdárnému výsledku posloužit také metafora – přirovnání.
- u obtížně ošetřitelného pacienta je možné využít předem pomoc psychologů a ideální je potom spolupráce psychologa a ošetřujícího lékaře.

(Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

3.1.3 Strategie rodičů při přípravě dítěte na lékařský zákrok

Každá rodina je vyhlídkou na pobyt v nemocnici zasažena jiným způsobem, protože samozřejmě každé dítě je samostatná osobnost a každá rodina má své zvyky.

Vliv na citové naladění dítěte, jeho přijímání pokynů od lékařů a sester, jeho prožívání, obavy a důvěru, mají ve velké míře rodiče a jejich postoje, které k léčení svého potomka zaujmou.

Rodiče by v žádném případě neměli zahrnovat dítě příliš vzrušenými citovými projevy, mazlením, litováním, apod. Na svém chování by neměli měnit nic podstatného. V klidu by měli dítě ujistit, že má v rodičích oporu, že ho mají rádi, že jim na něm záleží více než na čemkoli jiném a že se na tom nezmění nic, ať se děje cokoli. Veškerá vysvětlování ze strany rodičů směrem k dítěti by měla být jednoduchá, srozumitelná a pravdivá. Rodiče by se měli vyvarovat drobných úskoků a lstí, kterými chtějí dosáhnout, aby šlo dítě do nemocnice dobrovolně, tzv. nic zlého netušíc. Tím mu totiž mohou víc uškodit než prospět. Když totiž potom dítě pozná skutečný stav věcí, znamená to pro něj mnohem silnější duševní otřes, než když by mu byla včas a šetrně řečena pravda celá. Již po jednom takovém zklamání se velice těžko obnovuje důvěra k rodičům i ke zdravotníkům.

Osvědčenou metodou je dát s sebou dítěti do nemocnice malý dárek, ze kterého by mělo radost. Ten by měl odpovídat věku dítěte a jeho zálibám. Ale musí být také uzpůsoben tomu, zda a jak dalece bude dítě upoutáno na lůžko, zda bude moci sedět nebo i chodit, zda bude mít povolené i vycházky ven apod. Důležité ovšem je, s dárky to příliš nepřehnat.

Za žádných okolností rodič nesmí v dítěti vzbuzovat pocit viny, např.: „To máš za to, žeš neposlouchal, že jsi příliš běhal, skákal“ apod.

(Matějček 1978 in Dlouhá, Dlouhý, 2015)

3.1.4 Strategie zdravotníků při přípravě rodičů a dítěte na lékařský zákrok

Při plánované hospitalizaci je potřeba s rodiči i s dítětem neustále komunikovat. Lékař nejprve vysvětlí důvody hospitalizace rodičům. Snaží se je uklidnit a dá jim dostatek prostoru na otázky. Jedná s nimi vždy klidně a vše jim vysvětlí. Dává najevo empatii a vstřícnost. Dětem nic nenalhává, vše vysvětluje vždy s ohledem na věk. Mluví klidně a srozumitelně, snaží se navodit atmosféru důvěry a zodpoví všechny otázky malého pacienta. Pokud s dítětem v nemocnici nebude zůstat doprovod, není dobré protahovat loučení do nekonečna. Stejně tak není vhodné znovu se vracet, pokud rodiče již jednou odešli. Rozloučení má navazovat na běžný rozhovor, má se obejít bez pláče a scén. Po

odchodu rodičů se většinou u dětí dostaví určitá krize, uvědomí si naplno svou situaci. Je třeba s dítětem opakovaně mluvit, vše mu vysvětlit a ujistit ho, že je o něj zájem. Seznámit ho s ostatními dětmi na pokoji a vše mu ukázat. Stres dopadající na dítě má být co nejmenší, proto je třeba v nemocnici zajistit dítěti vhodné podmínky. Běžné ošetrovatelské úkony by neměly rušit spánek. Je nutné zabránit tomu, aby se děti ze spánku navzájem rušily pláčem. Je třeba omezit na minimum úkony, které přinášejí dítěti nepříjemné pocity, například injekce, výtěry, odběry krve apod. Musí být snaha o co největší omezení hluku. Všichni pracovníci by se měli chovat co nejtíšeji, všechna zařízení mají být nehlučná. Dítě se nesmí nechat dlouho bezútěšně křičet. Vždy je nutné najít příčinu nespokojenosti a odstranit ji. Je ideální, když se nemocniční pokoj příliš neliší od domova. Barevná výzdoba na stěnách má přitahovat pozornost dítěte. Také hernu bychom měli najít na každém dětském oddělení. Pokud pobyt v nemocnici trvá delší dobu, je nutné, hlavně u starších dětí, zajistit na pokoji určitou intimitu. Dítě může reagovat na hospitalizaci třemi způsoby. Jedním z nich je protest – neklid, hlasitý pláč, volání matky, odmítání ošetření i jídla. Dalším způsobem je rezignace – dítě ztrácí naději, může se uzavírat do sebe, je tiché a depresivní. Posledním je odpoutání se, kdy jsou potlačovány city, dítě při loučení nepláče, upne se na toho, kdo ho ošetřuje anebo na nějakou hračku. Po návratu domů je možné často pozorovat určité psychické poruchy, jako jsou poruchy spánku, noční děsy, pomočování, úzkost a vzdorovitost. Nejlepší prevencí a ideálním stavem je nehospitalizovat vůbec, anebo hospitalizovat jenom na nejnutnější dobu. (Praško, 2010)

3.2 Příprava dítěte na hospitalizaci

Strach provází děti, a dosti často také jejich rodiče, nejen při hospitalizaci v nemocnici, ale velmi často i při pouhé návštěvě lékaře v ambulanci. Je to strach z bolesti, z odběru krve, injekce, nebo i jen z pouhého lékařského vyšetření. Dítě neví, co mu vlastně budou dělat, a představuje si, co ho čeká. To je často mnohem horší, než samotné vyšetření. Rodiče nemohou ovlivnit, jestli dítě bude něco bolet, ale můžou mu před plánovaným pobytem v nemocnici mnohé dopředu objasnit, a tak ovlivnit jeho představy o tom, co se bude dít.

Pokud je ta možnost a dítě není úplně malinké, je potřeba si s ním popovídat o hospitalizaci v nemocnici předem a pokusit se ho na ty nejdůležitější okamžiky připravit.

Přesný návod na přípravu dítěte před hospitalizací zřejmě neexistuje, ale rodiče by se měli řídit alespoň některými zásadami:

- vysvětlit dítěti, proč musí do nemocnice, co mu tam budou dělat, jak to v nemocnici vypadá...
- dítě by mělo vědět a být připravené na to, že lékař je od toho, aby mu pomohl a že vyšetření nemusí být příjemné, a může i bolet, ale je to důležité pro to, aby se uzdravilo.
- zakoupit dětský lékařský kufřík a zahrát si doma s nějakým plyšákem na to, že jde do nemocnice a jak by asi mohlo vypadat to, co se mu tam bude dít.
- pokud dítě čeká operace, popsat mu, co mu budou dělat, popovídat si o narkóze.
- jestliže není možnost s větším dítětem v nemocnici zůstat, je třeba říct mu to dopředu, povzbudit ho, že ho budeme často navštěvovat, a dát mu s sebou nějakou svoji věc, která mu bude připomínat rodiče nebo domov

(Ježková, 2019, [online]. [cit. 2019-02-26])

4 Herní specialista

Laskavým průvodcem úskalími hospitalizace bychom mohli nazvat herního specialistu, který se různými způsoby stará o to, aby se děti i jejich rodiče cítili v nemocnici co nejlépe.

Téměř každý z nás si s sebou do dospělosti nese nějakou, lepší či horší, zkušenost s lékařem, ambulančním či nemocničním prostředím, příp. hospitalizací. O jakou zkušenost se jedná, závisí ve velké míře na intervenci zúčastněných osob.

V dřívějších dobách byla často zkušenost s hospitalizací pro dítě děsivá. Odloučení od rodiny, bílé stěny, bílé pláště, cizí obličeje, sterilní prostředí, neosobní přístup nemocničního personálu, neznámé a hrozivě vypadající nástroje ve vyšetřovnách a vyvrcholením toho všeho, když to bylo nezbytné, třeba ještě operační zákrok.

Ke zlepšení situace přispívají různí pracovníci z řad zdravotníků, pedagogů či dobrovolníků. Zhruba od roku 1970 se ve světě vyvíjí funkce herního specialisty, odborníka, který je součástí zdravotnického personálu a tvoří jakýsi přechod mezi zdravotníky, příp. pedagogickými pracovníky na jedné straně a dětskými pacienty a jejich rodiči na straně druhé. Prostřednictvím hry pomáhá dítěti porozumět důvodu jeho hospitalizace, objasňuje neznámé léčebné procedury a odstraňuje tím obavy z neznámého. V naší republice se pozice herního specialisty začala zavádět po roce 1993. Počátky pozice herního specialisty můžeme najít ve Velké Británii, jeho filozofií je princip family-centered-care. (Valenta, 2008)

4.1 Herní terapie

Herní terapie je metoda, jejímž úkolem je zbavit dítě strachu z hospitalizace, seznámit ho s nemocničním prostředím a získat ho pro spolupráci.

Snaha zavést profesi herního specialisty a metodu herní terapie do českých nemocnic se datuje do roku 1993. Začátkem roku 1999 vznikla Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici (hospital playwork). Od jara roku 2001 začala na Ministerstvu zdravotnictví České republiky probíhat jednání o tom, zda by byla možnost vytvořit obor Herní specialista. V Olomouci, v Plzni i v Praze začaly postupně vznikat studijní programy pro herní specialisty. Na konci 20. století se herní terapie dostala do českých nemocnic a stala

se určitou módní a prestižní záležitostí i přes nevyjasněnost její koncepce. (Strouhalová, 2010, [cit. 2019-03-31])

4.1.1 Výzkum

V roce 2012 byl proveden výzkum, jehož cílem bylo zmapovat situaci herní terapie na dětských odděleních v České republice. Celkem bylo odesláno 93 dotazníků, návratnost byla 86 %. Dotazník byl rozeslán poštou vedoucím sestrám všech zjištěných dětských oddělení v ČR. Ačkoliv jiné výzkumy opakovaně potvrzují přínos herní terapie a její pozitivní vliv nejen na děti, ale také na rodiče a zdravotníky, bylo v roce 2001 v ČR evidováno pouze 20 herních specialistů na 122 dětských odděleních. O dva roky později jich bylo už jenom dvanáct.

Z výsledků kvantitativního šetření vyplynulo, že z celkového počtu 78 dětských oddělení, která se zúčastnila výzkumu, provádí herní terapii 25 z nich (tj. zhruba 32 %). Z toho plyne, že pouze třetina dětských oddělení v České republice provádí komplexní herní terapii. I když jsou pozitiva herní terapie a práce herního specialisty opakovaně potvrzována, snaha ustanovit a legalizovat profesi herního specialisty naráží na bariéry v koncepci i na argumenty, že krátká doba hospitalizace, nárůst jednodenní chirurgie a minimální omezení návštěv práci herního specialisty a komplexní herní terapii nahradí. Skutečností je, že děti jsou dnes do nemocnice skutečně přijímány pouze v případech nezbytně nutných a pouze na nezbytně nutnou dobu. Průměrná ošetrovací doba na dětských odděleních v nemocnicích byla v roce 2011 - 3,8 dne. Na druhou stranu převládá většina hospitalizovaných dětí jsou děti, nejmenší, děti v těžkých stavech, děti se špatnou prognózou anebo děti s chronicky probíhajícím onemocněním. (Hlaváčková, Urbanová, Škvrňáková, [cit. 2019-02-26])

Herní terapie má ale svůj velký význam také v ambulantní péči. Tato oblast bývá zatím v českých nemocnicích velmi podceňována.

Dalším silným argumentem proti zavedení profese herního specialisty na dětská oddělení je v současné době možnost hospitalizace rodičů s dětmi. V tomto případě je však třeba poukázat na to, že i pro rodiče je hospitalizace s dítětem zátěžovou situací.

Bývají rozrušení, neklidní, pociťují napětí, úzkost a strach o dítě a často sami potřebují pomoc a podporu. Vystresovaný rodič jen těžko poskytne dítěti potřebnou oporu, špatně zvládá i běžnou péči o dítě a také i spolupráci se zdravotníky. Léčení se tím může velice zkomplikovat a doba hospitalizace prodlužovat. Z toho důvodu by měla být neoddělitelnou součástí práce herních specialistů i péče o rodiče.

Většina dětských oddělení, kde se herní terapie neprovádí, uvedla, že by o její zavedení měla zájem. (Hlaváčková, Urbanová, Škvrňáková, [cit. 2019-02-26])

4.2 Role herního specialisty

Princip „Family centered care“, tedy péče zaměřená i na rodinu pacienta, umožnila přístup rodičů na dětská oddělení nemocnic a znamená zkvalitnění péče o nemocné děti. Příznivý výsledný efekt je však podmíněn dobrou spoluprací rodiny a zdravotnického týmu. Zde se nejvíce uplatňuje role herního specialisty, který pečuje především o dobrý psychický stav dětí, včetně kojenců a mladistvých, a o jejich rodiče. Jeho přístup je zásadně nedirektivní, je to kamarád a společník dítěte, vnímá ho jako rovnocenného partnera. Vždy vystupuje a koná v zájmu dítěte. Respektuje jeho práva. Měl by to být právě on, kdo je prvním odborníkem, se kterým se dítě v nemocnici setká. Musí mít patřičné vzdělání, výcvik a zkušenosti. Musí znát normální vývoj dítěte od narození až do dospělosti, být schopen pozorovat dítě a rozpoznat jeho aktuální potřeby, být připraven hrát si s dětmi různého věku a mít ze hry radost, rozumět chování dítěte i rodiny v náročných životních situacích, umět používat správné herní metody a mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech a orientovat se v provozu zdravotnických zařízení. Poskytované herní služby se dělí na tři kategorie podle toho, v jaké fázi léčby se dítě zrovna nachází. První je období před přijetím dítěte do nemocnice, potom následuje období samotné hospitalizace a jako poslední je následná péče po propuštění z nemocnice. Před přijetím dítěte do nemocnice se jedná především o služby herního terapeuta v ambulanci, anebo, v případě těžce nemocného dítěte, špatně spolupracujícího dítěte nebo dítěte s postižením, se může použít forma přímé návštěvy v domácnosti. Dobrou zkušenost mají nemocnice také se speciálními osvětovými programy pro zdravé děti z regionu. Největší pozornost na činnost herního specialisty se zaměřuje na fázi jeho přímé práce s hospitalizovaným dítětem. Nejdůležitějším okamžikem v jeho práci je navázání prvního

kontaktu s dítětem pomocí rozhovoru a neverbální komunikace. Herní specialista by měl velmi dbát na vytvoření prvního dojmu, měl by mít vhodný oděv, jehož neodmyslitelnou součástí je jmenovka a dále potom by měl používat patřičné pomůcky, jako jsou loutky, maňásci, hračky apod. Většinu času hospitalizovaného dítěte by měly vyplňovat vhodně volené volnočasové aktivity, ať už se jedná o individuální práci s dítětem přímo u lůžka, nebo o individuální či skupinové činnosti v herně či příslušných prostorách. (Valenta, 2008)

4.2.1 Příprava dítěte na zákrok herním specialistou

Vrcholem práce herního specialisty je příprava dítěte na zákrok či vyšetření. Ideálem je, když tato příprava probíhá až po důkladném seznámení s dítětem a celou problematikou případu. V každém případě je ovšem nutný souhlas rodičů. Někteří rodiče ovšem toto odmítají a nepřejí si, aby bylo dětem předem cokoliv sdělováno. Mají strach z reakcí dítěte a také z toho, že by dítě mohlo přestat spolupracovat úplně. Bojí se vidět u svého dítěte strach a úzkost a poslouchat jeho otázky, na které třeba nedokážou odpovědět. Nikdy není možné jít proti názoru rodičů. Je ale potřeba, situaci jim vysvětlit. Dítě přece samo vycítí a vytuší, že se něco nezvyklého děje, vidí strach a rozrušení rodičů. Skutečnost, že mu nikdo nic nevysvětlí, ještě posiluje jeho podezření, že se chystá něco děsivého. Rodině je nutné vysvětlit, že popírání nemoci či nutnosti operace není řešení. Naopak je potřeba se s tím vyrovnat, smířit a snažit se všemu porozumět. Rodiče většinou nakonec přiznají, že vidí a cítí potřebu dítěte mít alespoň základní informace a jsou rádi, že to za ně udělá někdo jiný. Je možná také druhá varianta, kdy jsou nejprve podrobně připraveni rodiče, kteří potom podle návodu informují dítě.

Neexistuje žádná šablona na to, jak připravit na zákrok děti různých věkových kategorií. Je nutné, podávat pouze nezbytně důležité informace o té části vyšetření, kterou bude dítě vnímat a prožívat. To znamená vysvětlovat veškeré dění před zákrokem a po něm. Pokud se jedná o vyšetření, které se provádí bez použití celkové anestezie, je nutné probírat je s pacientem krok po kroku. Podané informace musí být vždy pravdivé a příprava pak probíhá za aktivní účasti dítěte. Dítě se před zákrokem seznamuje s tím, od kdy nesmí nic jíst a pít, že ráno zůstane ležet na lůžku, kdy a jakou dostane premedikaci, seznamuje se s odvozem na operační sál, jak to tam vypadá a jak budou vypadat lidé, které tam potká,

jak bude usnáno. Potom se dozvídá, kde se probudí, jak se bude pravděpodobně cítit, zda bude mít např. sádku, kanylu do žíly apod. Děti většinou netrápí ani tak samotný zákrok jako takový, ale spíše to, že se třeba musí před operací vysvléknout donaha, jak bude vypadat jizva, budou-li mít infuzi apod. Způsob a podrobnosti předávání informací závisí na věku, vyspělosti a zkušenostech dítěte. (Valenta, 2008)

4.2.2 Cíle herní přípravy

Malé děti – kojenci a batolata, někdy i děti starší, bývají většinou hospitalizovány spolu s matkou, příp. otcem či jiným příbuzným. V tomto případě spočívá práce herního specialisty především v komunikaci s rodiči.

U předškolních dětí je doporučováno předávat informace během hry a používat k tomu vhodné prostředky, jako jsou panenky, maňásci, loutky, plyšová zvířátka, obrázkové knížky, lékařský kufřík doplněný některými reálnými pomůckami konkrétního oddělení apod. V tomto věku děti ještě nechápou funkci lidského těla a pro dospělého tak samozřejmé souvislosti. Rozlišují pouze dobro a zlo, je vhodné s nimi hovořit v přítomném čase a volit jednoduchá a srozumitelná slova. Dítě např. označí sestřičku jako „zlou“, protože mu píchla injekci, která ho bolí. Souvislost, že ho tím uchránila od bolesti jiné, mnohdy větší, už nechápe.

Děti školního věku již disponují základními informacemi o lidském těle a jeho funkci, rády zkoumají a poznávají, chtějí vědět, co se stane a proč se to tak stane. U těchto pacientů probíhá příprava většinou formou dialogů, popřípadě s využitím scénky a dají se již využít dětské atlasy lidského těla, fotoalba s konkrétními zákroky, výukové CD o lidském těle a další edukační materiály.

Starší děti a teenageři upřednostňují získávat informace na jakoby „vyšší“ úrovni, rádi se seznamují s lékařskou odbornou terminologií a někdy si sami získávají podrobnější informace o samotném zákroku.

Práce herního specialisty však nekončí pouze přípravou dítěte na vyšetření nebo zákrok. Je vhodné dítě doprovázet i na zákrok či vyšetření, cestou ho povzbuzovat a chválit. Velmi důležitým bodem je období po zákroku, kdy se pacient většinou potřebuje svěřit se svými pocity a někomu tak sdělit, co prožil. Možnost celou situaci si znovu přehrát, mu často

pomůže uspořádat myšlenky a emoce a pochopit další souvislosti. Dítě již s odstupem času není tak rozrušené a pomocí hry si může mnohé ujasnit. Hra mu pomůže „odžít si“ a ventilovat obavy a negativní emoce. K této činnosti by se měly používat stejné hračky a pomůcky, jako při přípravě. Často se zde jedná o terapeutickou hru. (Valenta, 2008)

4.2.3 Herní specialista ve Velké Británii

V této zemi práce herního specialisty začíná již v ambulanci. Při okamžité hospitalizaci seznamuje herní specialista dítě s novým prostředím, které je pro něj neznámé a mohlo by u něj vyvolávat strach či úzkost. Při hospitalizaci plánované předem si rodiče domluví s herním specialistou sobotní setkání, kdy si děti mohou prohlédnout pokoj, lůžko a sociální zařízení. Dále potom hernu a další prostory a mohou se také seznámit s personálem na oddělení. Nemocnice v Southamptonu je jednou z těch, kde se takováto sobotní setkávání pořádají. Nabízí se zde možnost návštěvy tzv. „sobotního klubu“. Děti mohou přijít se svými rodiči i sourozenci a poznat prostředí, do kterého půjdou na operační zákrok. Děti si zde hrají, vše, co je čeká, je jim názorně vysvětleno, řadu odborných úkonů si mohou vyzkoušet „nanečisto“. Nejlepší a nejvíce očekávanou částí dne je potom vyhlídková cesta na operační sál. Tam jsou děti hromadně odvezeny na nemocničním vozíku. Na sále si děti prohlédnou přípravnu, vyzkouší si kyslíkovou masku a jeden z rodičů se může převléknout do operačního oděvu.

V den skutečné operace se děti obvykle na sál odvázejí samy v malých elektrických džípech. Před operačním sálem mají vyhrazené a dopravní značkou označené parkoviště. Až po samotné operaci je dítě odvezeno klasickým nemocničním vozíkem.

Po návratu ze sálu se potom při sobotních setkáních na denní jednotce podává občerstvení, rodiče mohou pro děti zakoupit knížky, omalovánky a různé materiály o tom, co se všechno v nemocnici děje. Dětem se většinou během odpoledne v nemocnici tak zalíbí, že odmítají odejít domů.

Všechny zúčastněné osoby, které sobotní kluby připravují a vedou, jsou přesvědčeny, že pozorují podstatně lepší adaptaci dětí na prostředí nemocnice a lepší spolupráci v den plánovaného výkonu.

Tato aktivita byla původně dobrovolná, ale později se stala oficiální náplní práce sester denní jednotky, které mají na sobotní kluby rozepisované a plně honorované služby. (Pohunek in Dlouhá, Dlouhý, 2015)

4.3 Hospitalismus

Do sféry profesního zájmu herního specialisty také spadá další problém, a to je prevence hospitalismu u dlouhodoběji hospitalizovaných dětí. Tímto termínem označujeme negativní vlivy ústavního prostředí na psychický i fyzický stav dítěte, které mohou významně blokovat pokrok v léčbě. Ze studie, zabývající se reakcí dítěte na odloučení blízkých osob, vyplývá, že se vytvářejí tři vývojová stadia separačních reakcí malých dětí. Jsou to: fáze protestu – kdy dítě křičí, pláče, je neklidné a volá matku, fáze zoufalství – křik již bývá sporadický, dítě jeví známky stísněnosti, fáze „popření“ touhy po matce – dítě se fixuje na jinou osobu anebo postupně ztrácí vztah ke všem lidem vůbec.

Nebezpečí hospitalismu narůstá samozřejmě s délkou hospitalizace. Je také závislé na nízkém věku dítěte a klasickém režimu nemocnice. (Matějček, 2001)

4.4 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu

Potřeby dítěte můžeme dělit podle několika hledisek, protože jsou závislé na mnoha faktorech.

V podstatě můžeme potřeby dětí v procesu ošetrování rozdělit do třech hlavních skupin, a to na potřeby fyziologické, které zahrnují uspokojování základních fyziologických potřeb, jako je potřeba nasycení-výživy, potřeba tekutin, odpočinku a spánku, pohybové aktivity, vylučování, růstu a vývoje, dýchání apod.

Další velkou skupinu tvoří potřeby jistoty a bezpečí, kam můžeme zahrnout např. samotnou jistotu a bezpečí, dále potřebu ochrany zdraví, sebe péče, potřebu míru a klidu, tepla, potřebu vyhnout se ohrožení a potřebu ochrany před bolestí.

Mezi psychosociální potřeby potom patří potřeba lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty a stimulace a učení. K těmto skupinám potřeb bychom ještě mohli přiřadit potřeby seberealizace a duševní potřeby. (Sikorová, 2011)

4.4.1 Potřeba ochrany před bolestí

Morální a profesionální povinností zdravotníků a rodičů je snaha, pečlivou ochranou a eliminací vyvolávajících aspektů, předcházet bolesti. K nejsilnějším motivům živých organismů patří potřeba vyhýbání se bolesti a nepříjemným zážitkům. Bolest u dětí a její závažnost bývá často podceňována. Bolest může být dlouhodobá – chronická, trvající déle než šest měsíců. Ta se rozvíjí většinou pomaleji. Jedná se např. o onkologická onemocnění, hemofilii apod. Akutní bolest je intenzivní, trvá obvykle kratší dobu, je ostrá a lokalizovaná. Je především signálem nebezpečí a poškození organismu. Oběma druhům bolesti je třeba předcházet nebo alespoň předcházet zesilování bolesti. Bolest rekurentní tvoří přechod mezi bolestí akutní a chronickou. Nastává epizodicky, v různých nepředvídatelných intervalech a intenzitách a již neplní funkci varovného signálu. Spouštěč této bolesti je nejasný a úleva navozená léčbou pouze dočasná. U dětské a adolescentní bolesti představuje téměř 30 %. (Sikorová, 2011)

4.4.2 Reakce na bolest

V různých vývojových obdobích reagují děti na bolestivé podněty různým způsobem. Není zcela zřejmé, kdy děti začínají pociťovat bolest, avšak již v prenatálním období byly zaznamenány odpovědi na náhodnou bolest odtažením se od jejího zdroje.

Každá zkušenost s bolestí učí dítě zvládat ji svým individuálním způsobem, dítě si tak vypracovává nové strategie zvládání bolesti. Batole již dokáže bolest lokalizovat, předškolní dítě začíná rozumět zdroji bolesti.

Součástí fyziologické odpovědi na bolest jsou objektivně měřitelné hodnoty, mezi které patří tepová a dechová frekvence, krevní tlak, kyslíková saturace, příp. některé hormonální hladiny a potivost dlaní.

Dítě se v průběhu celého dětství setkává nejen s drobnými, ale i rozsáhlejšími invazivními výkony, které u něj vyvolávají bolest, tzv. bolest procedurální. Charakteristikou procedurální bolesti je časově omezené trvání somatické bolesti a psychického diskomfortu, její příčina je známá a souvisí s diagnostickými nebo terapeutickými technikami. Dítě podstupující invazivní výkon, ať už v ambulantní či nemocniční sféře zdravotnictví, se setkává s pocitem strachu a úzkosti, které v něm posilují zážitek bolesti. Invazivní výkon, dítětem negativně prožívaný, v něm zanechává určitou zkušenost a do

budoucná posiluje strach a úzkost při dalších podobných výkonech. (Rošková, 2012, [cit. 2019-03-31])

4.4.3 Vnímání bolesti

Děti vnímané bolesti můžeme rozdělit do třech kategorií, a to na bolest mírnou, střední a silnou. Mírná bolest bývá vnímána u dítěte při ošetření drobných poranění nebo při běžném zubním ošetření. Jako střední bývá klasifikována bolest u lumbálních punkcí, ošetřování ran šitím apod. Silná bolest je potom např. u popálenin, zlomenin apod.

Každé dítě se při invazivním výkonu chová velmi individuálně a zvládnutí tohoto výkonu je závislé na míře bolestivosti pro dítě, na emočních a situačních okolnostech. K dalším důležitým faktorům patří věk dítěte, jeho kognitivní úroveň, pohlaví, kulturní zázemí, temperament, vliv rodiny a předchozí zkušenost dítěte. Ve většině případů ovlivňuje prožívání bolesti pozitivně přítomnost rodičů. (Sikorová, 2011)

5 Psychika dětského pacienta

5.1 Vliv zdravotnického prostředí na psychiku dětského pacienta

Návštěva zdravotnického zařízení vzbuzuje u většiny dětí nejistotu, strach a nedůvěru. Důvodem jsou nepříjemné nebo bolestivé zákroky, a proto si děti z těchto zařízení často odnášejí i negativní zkušenosti. Negativistické chování u dětí způsobuje strach z něčeho konkrétního – injekce, bolest, neznámé přístroje, lidé v nezvyklém oděvu, ostré nebo naopak tlumené světlo. Častěji je to ale úzkost z něčeho neznámého, neurčitého – neznámí lidé, situace, ve které dítě ztrácí přehled nebo je opuštěné. Může se také stát, že je dítě v rodině často strašeno lékařem nebo nemocnicí, potom vnímá návštěvu zdravotnického zařízení jako trest. Rodiče často dělají chybu již v ambulanci zdravotnického zařízení. Ve snaze zvládnout nepříjemné emocionální projevy u svého dítěte, vyhrožují nemocnicí, injekcí apod. Potom není divu, že se při samotné hospitalizaci právě nemocnice a injekce stávají pro dítě hrozbou.

Čekárna ve zdravotnickém zařízení je tím prvním místem, kde působí přímý vliv zdravotníků, většinou sester. Již čekání samotné působí negativně na nervový systém. Lidé, kteří musí čekat dlouho, bývají nervózní, netrpěliví, podráždění a své chování přenášejí i na děti.

V čekárnách na dětských ambulancích by neměl chybět koutek s hračkami, který děti rozptýlí a umožní jim volný pohyb. Důležité je také chování sestry nebo lékaře při každém vstupu do čekárny i ordinace, které by mělo být klidné a shovívavé. V ordinaci se dítě často chová negativně, protože se již předem bojí. Někdy může dojít až k afektivnímu stavu, kdy domlouvání a utěšování nepomáhá. Z důvodu časové tísně se poté nesprávně sahá k „násilí“. Proto je nezbytně nutná dobrá psychická příprava dítěte.

Každé onemocnění znamená velkou zátěž pro nervovou soustavu. Dětský pacient proto obzvláště v cizím, neznámém prostředí nemocnice reaguje nepřiměřeně a neobvykle. Děti se nemocnice bojí, protože neví, co je čeká, do čeho jdou, co bude následovat. (Praško, 2010)

5.1.1 Šetření vlivu hospitalizace na dítě

Průzkum Jarmily Jakubekové a Evy Dobiášové z roku 2009 měl zjistit, jak hospitalizace na chirurgickém pracovišti ovlivňuje psychiku dětí. Šetření se zúčastnilo 75 rodičů. Ti doprovázeli své děti při ošetření v chirurgické ambulanci nebo při hospitalizaci na oddělení dětské chirurgie. Tento průzkum byl uskutečněn na Klinice dětské chirurgie Lékařské fakulty Univerzity Komenského a v Dětské fakultní nemocnici s poliklinikou v Bratislavě, a to v dětských chirurgických ambulancích a na dětských chirurgických odděleních. Autorky průzkumu zjistily, že se ve většině případů rodiče obávají a předpokládají velmi špatné zvládnutí hospitalizace dětí bez jejich přítomnosti. Se zvyšujícím se věkem dětí již probíhá hospitalizace lépe, ale rodiče stále považují svoji přítomnost v nemocnici za důležitou a nezbytnou. V souvislosti s psychickou přípravou dítěte na hospitalizaci bylo zjištěno, že 48 % dětí nebylo svými rodiči připraveno nijak. Dalších 46 % dětí bylo připraveno rozhovorem a 6 % dětí rodiče připravili formou hry. U starších dětí stoupá procento jedinců připravených pomocí rozhovoru.

V přípravě dětí na bolestivý zákrok využilo 62 % rodičů rozhovor s dítětem, dalších 33 % dětí nebylo připraveno vůbec a pouze 5 % dětí bylo připraveno formou hry. U dětí, které byly na bolestivý zákrok připravené předem, bylo až 62 % rodičů přesvědčených, že jejich dítě zákrok zvládlo po přípravě lépe. 38 % rodičů toto tvrzení nedokázalo posoudit. Zdroje strachu se samozřejmě u jednotlivých věkových skupin liší. U kojenců převládá strach z neznámých lidí, u předškoláků dominuje strach z injekcí a také pohledu na krev, děti mladšího školního věku se nejčastěji bojí injekcí, lékařského vyšetření a onemocnění.

(Jakubeková, Dobiášová, 2010).

5.2 Psychologické aspekty onemocnění a hospitalizace dítěte

Jednou z determinant úspěšné léčby je psychický stav nemocného člověka. Způsob subjektivního prožívání nemoci může léčbu výrazně ovlivnit. Různí autoři popisují různé fáze nebo etapy vývoje osobních reakcí na nemoc a prožívání nemoci. Osobní reakce na nemoc můžeme rozdělit do tří fází, a to fázi senzorickou, hodnotící a fázi postoje k nemoci. Senzorická fáze zahrnuje akutní reakci na bolest provázenou nepříjemnými pocity. Hodnotící fáze znamená vnitřní zpracovávání senzorických zážitků. Na základě

předchozích fází a předešlých zkušeností a vědomostí o nemoci dochází k určitému postoji k nemoci.

U dítěte je pro způsob prožívání nemoci důležitý postoj jeho rodičů. Významnou roli, a u malých dětí velmi podstatnou, hraje způsob vnímání a vyrovnávání se s bolestivou zkušeností. Bolest má signalizační hodnotu, informuje o tom, že se něco děje, něco v organismu není v pořádku. Předpokládá se, že hladina bolesti s věkem narůstá stejně, jako roste její diferencovanost, i když vývoj schopnosti vnímat bolest není z ontogenetického hlediska jasný.

Výzkumy prokázaly, že již novorozenec v prvním týdnu života reaguje na bolestivý podnět a to difuzními pohyby těla, pláčem i odtahováním a že výrazná nocicepční aktivita vyvolává u novorozenců stres. V období jednoho měsíce věku už dochází k lokalizaci bolesti a k anticipačnímu vyhýbavému chování, které reaguje na vizuální podnět spojený s podnětem bolesti.

Mýtem je, že si dítě nepamatuje na bolest. Pravdou zůstává, že u dětí funguje paměť pro bolest na principu znovu poznání. Spouštěcím signálem pak může být bílý plášť, uniforma sestry, již jednou navštívená ordinace, nějaký konkrétní nástroj, hlas lékaře apod. Někdy může být úzkost dokonce vyvolána pouze specifickým pachem nemocnice.

Prožívání bolesti může být a také dost často bývá doprovázeno řadou vegetativních symptomů, např. zrychlením tepové frekvence, změnou tlaku, změněnou peristaltikou střev, zvýšenou potivostí apod.

Chování dítěte bývá nejspolehlivějším indikátorem jeho bolesti, ať už se jedná o bolestivé grimasy, svalové napětí, vzdychání, pofňukávání, pláč, křik, sténání, zvracení, uhýbání a chránění si částí těla apod.

Dítě je v určitém věku již schopné podat poměrně solidní informace o své bolesti, je ovšem potřeba zvolit systém alternativních a citlivě volených přístupů k dítěti. Kromě přístupů farmakologických, anesteziologických a neurochirurgických, lze využít i přístupy psychologické.

Jedním z mýtů je i to, že dítě nedokáže rozhodovat o tlumení své bolesti. Z výzkumů vyplynulo, že dítě je samo schopno zkoušet různé postupy vedoucí k zvládnutí zátěžových

situací. U dětí, které jsou starší jedenácti let, pak lze aplikovat metodu PCA – pacientem řízenou analgezií.

Někteří pediatři dodnes mylně usuzují, že bolest dítě vnitřně otužuje, a to se pak stává odolnějším. Není proto potřeba dítě jakkoliv na bolest připravovat. Pokud je ovšem příprava dítěte na bolest podceněna, riskujeme vytvoření specifických fobií, např. injekční, a dítě následně odmítne spolupracovat. (Valenta, 2008)

6 Psychické jevy

6.1 Úzkost a strach

Úzkost i strach jsou psychické jevy, které asi zná každý z nás z vlastní zkušenosti. Doprovázejí člověka po celý život a podílejí se významnou měrou na formování jeho osobnosti a na jeho socializaci. V podstatě můžeme říct, že bez úzkosti a strachu by se člověk nestal lidskou bytostí, řadíme je mezi emoce, které mají velkou motivační sílu a usnadňují adaptaci na nové prostředí.

Mezi těmito dvěma pojmy – úzkost a strach - není přesná hranice, nelze je od sebe přesně oddělit, vzájemně se podmiňují a často spolu splývají. (Vymětal, 2004)

6.1.1 Anxieta

Anxieta znamená úzkost, anxiózní potom úzkostný. Je to nepříjemný psychický stav, který je typický neurčitým strachem a různými tělesnými projevy. Tento stav zahrnuje např. pocit ohrožení, nespavost a zvýšenou vigilitu, poruchy koncentrace apod.

Úzkost je přirozená lidská emoce, je to pocit nervozity, obav, strachu či znepokojení, který může nastat spontánně bez jakéhokoli stimulu, nebo jde o tzv. anticipační úzkost, při které člověk už předem jakoby očekává, že se ocitne v nepříjemné situaci, která úzkost ještě víc podpoří. Reagovat úzkostně je nám tedy vlastně vrozené, protože mít z něčeho strach a prožívat úzkost je úplně normální. Strach se přitom váže na konkrétní podnět, kdežto úzkost takovýto podnět nemá. To bývá o tolik horší, že ji nemáme k čemu vztáhnout. Ani totiž sami nevíme, co nám vyvolává ony nepříjemné pocity a tudíž i bránit se proti nim jde pak hůř. Pokud vzniká za určitých situací, které lze předvídat, jedná se o situační úzkost. (Vágnerová, 2004)

Úzkost se stává problémem tehdy, když člověk reaguje i na běžné podněty mnohem citlivěji. V situacích, které druzí dokážou zvládnout a překonat relativně bez větších problémů, on prožívá enormní napětí, je v permanentním nastražení a pohotovosti, i když k tomu ve své podstatě není důvod. Úzkost se přitom často váže s potížemi v oblasti jiných funkcí, se spánkem, příjmem potravy apod. a výrazně se projevuje fyzickými (zdravotními, somatickými) symptomy. Mezi ně patří kardiovaskulární potíže (palpitace a bušení srdce, zvýšený tep, krevní tlak apod.), potíže s dýcháním (hyperventilace, neschopnost se

nadechnout, bolest na hrudi, pocit na omdlení, tlak na srdci připomínající infarkt myokardu), gastrointestinální obtíže (nutkání na močení či defekaci, bolesti břicha, průjem) apod.

Úzkostné stavy mohou být zhoršovány prožíváním stresu, který je způsoben externími faktory. Jedná se např. o zátěž a stres související s pracovním životem, školou, stresem souvisejícím s osobním a vztahovým životem, přátelskými a partnerskými vztahy, finančními záležitostmi, stresem v důsledku jiné vážné somatické nemoci, vedlejšími účinky léků, užíváním některých psychoaktivních látek, ale taky alkoholu. (Praško, 2005)

Úzkost vyjadřuje hlavní pocit, který tyto stavy doprovází. Typické je, že si blíže neuvědomujeme konkrétní objekt nebo situaci, které úzkost vyvolávají. Proto bývá úzkost vedle napětí doprovázena bezradností, příp. panikou. Je tedy vlastně reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a zpravidla bývá nepříjemnější než strach. Očekávání nepříjemné události je obvykle horší než událost sama, tedy úzkost snášíme hůře než strach, protože člověk se cítí lépe, když se může orientovat a má přehled a strach je vlastně vždy obava před něčím konkrétním.

6.1.2 Strach

Strach můžeme definovat jako nepříjemný prožitek, vázaný na určitý objekt nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy určitou reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. (Vágnerová, 2004)

6.2 Fobie

Při relativně stabilní vazbě strachu na konkrétní spouštěcí situaci mluvíme o fobii. Specifickou fobií označujeme iracionální strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Tento strach je obvykle omezen jen na tuto situaci nebo objekt. Postižený člověk netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se předem neobává setkání s předmětem fobie. Strach a úzkost jsou tak silné, že vedou k nadměrnému stresu a působí problémy v běžném fungování v životě. Specifické izolované fobie jsou omezeny na vysoce specifické situace, např. bouřka, tma, uzavřené prostory, lékař, krev, nemoc, injekce apod.

Lidé, kteří trpí fobiemi ví, že ve skutečnosti jsou jejich obavy přehnané a nerozumné. Nicméně jim to nepomáhá v ovládnutí úzkosti a stresu, který při vystavení této situaci

prožívají. Proto se snaží těmto situacím vyhýbat, nebo je snášejí s pocitem hrůzy. Fobická úzkost se podle závažnosti může pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Pozornost člověka se může soustředit na jednotlivé příznaky úzkosti, např. bušení srdce nebo pocity na omdlení. Úzkost se nezmírní ani tím, když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají tuto situaci za nebezpečnou nebo hrozivou. Již pouhé pomyšlení člověka, že se dostane do fobické situace, u něho obvykle vyvolá úzkost z očekávání. (Praško, 2005)

6.2.1 Specifické (izolované) fobie

Specifické (izolované) fobie jsou tedy omezeny na vysoce specifické situace, projevují se strachem z ohraničených objektů, situací nebo aktivit. Obvykle nejde o přímý strach z těchto tří podnětů, ale spíše o strach z důsledků, které podle osoby vyplynou a objeví se po kontaktu s nimi. I když je spouštěcí situace nenápadná, může její přítomnost vyvolat paniku. Jedná se o nejčastější úzkostnou poruchu vůbec, která někdy v životě postihuje kolem 25 % žen a 12 % mužů. Specifická fobie vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti. Pokud se neléčí, může přetrvávat desítky let. Tyto strachy jsou přehnané a nerealistické. Jsou ale natolik pevné, že jakékoliv ubezpečení člověka, že se není čeho bát, není schopné jeho strach zmírnit. I když postižený sám uznává, že jeho obava je přehnaná. (Praško, 2005)

6.3 Překonávání úzkosti a strachu

Při pomoci překonávat dítěti úzkostné stavy a nadměrný strach vždy vycházíme z jeho vývojové úrovně zpravidla korespondující s jeho kalendářním věkem. Vždy musíme přihlížet k poznávacím schopnostem dítěte, zejména k úrovni vnímání a rozumového chápání. Při zvládání úzkosti a strachu se řídíme, dle doporučení nestora dětské psychologie prof. Matějčka, dvěma principy: poznáním a konáním.

6.3.1 Princip poznání a konání

Princip poznání znamená, že se společně s dítětem snažíme zjistit, co úzkost a strach vyvolává a zvyšuje. Necháme dítě jeho obavy popsat, pojmenovat, případně nakreslit. Již samotné zachycení těchto obav může emoce zeslabit. Jejich pojmenováním je totiž do jisté míry dostáváme pod kontrolu. Identifikovat strach nebývá tak obtížné, protože na rozdíl od úzkosti, jež bývá neurčitá, je strach konkrétní. Základním zmapováním výskytu a síly

úzkosti se dozvídáme, jakých situací se týkají a o co se konkrétně jedná. Úzkost, pokud se jí blíže zabýváme, se mnohdy promění ve strach.

Princip konání potom vyjadřuje synonymum aktivity, především aktivity dítěte. S úzkostí a strachem se lze vyrovnávat zejména úspěšným jednáním, nikoli vyhýbáním se situacím, které nás znejistují, a odkládáním řešení. Samotné vyhýbání a odkládání naopak úzkost zvyšuje a strach upevňuje, přičemž dítě má přirozenou tendenci právě tímto způsobem jednat, „smlouvat“, případně vše řešit „útekem do nemoci“, anebo reagovat protesty, zlobením apod. (Matějček, 2011)

Aktivní vyrovnávání s úzkostí a strachem znamená, že se jim, za pomoci dospělého, vystavuje ve „snesitelných dávkách“, zahání je, případně zvyšuje vnitřní odolnost. Vždycky poté nebo i současně ovšem musí následovat akce.

Při překonávání úzkosti a nadměrného strachu se lze řídit těmito zásadami: dodat dítěti pocit bezpečí a jistoty, zvýšit sebevědomí a sebedůvěru dítěte, za aktivní účasti dítěte se přímo snažit úzkost a nadměrný strach překonávat, zhodnotit výsledky a snahu dítěte – dávku odvahy, výdrže a trpělivosti, pochválit dítě za snahu a spolupráci.

Přímou konfrontaci naráz můžeme volit tehdy, jsou-li důvody ke znepokojení malé. Potom dítě, za naší přítomnosti, vystavíme těmto obavám bez větší přípravy a rovnou. Po překonání strachu následuje vždy pochvala, popřípadě drobná odměna, která působí jako pozitivní zpevnění. Tímto způsobem lze například čelit vzniku fobií ze zvířat. Konfrontaci po malých krocích doporučujeme, když jsou obavy dítěte silnější a závažnější. Zátěž je třeba zvolna zvyšovat pouze za předpokladu, že předchozí situaci dítě dokonale zvládlo. Nutné je všechno s dítětem průběžně prohovořovat a hodnotit, protože strach se zmenšuje i tím, že o něm mluvíme v bezpečném prostředí, které dodává jistotu. (Matějček, 2011)

6.3.2 Strach z lékaře a bolesti

Každý asi ve svém životě poznal strach z lékaře a bolesti. Lékař je tím, koho se lidé tak trochu, a někdy značně právem, obávají, ale zároveň ho považují za autoritu, do které vkládají naděje v rychlou úlevu a pomoc. Děti dobře vědí, že před ním není úniku, může jim způsobovat bolest, i když nechtěně, a ani matka je před ním neochrání. Strach z lékařů se vytváří samozřejmě již v dětství a hlavní roli zde hraje vlastní zkušenost. Na prvním

místě stojí strach z bolesti, separace od matky, bezmocnost a nemožnost úniku. Dítě se bojí nejen bílého pláště, ale i injekce. Dále potom, že „to bude bolet“ – procesuální bolesti, obavy z toho, že maminka odejde apod. Obavy z lékaře a ošetření jsou svým způsobem něčím přirozeným. Nesmí se samozřejmě jednat o extrém, kdy je pro dítě návštěva u lékaře silným stresem.

Nadměrnému strachu z lékaře lze čelit a také ho mírnit přípravou dítěte na situaci u lékaře, čili prevencí. Je nutné vytvořit u dítěte reálná očekávání a příznivý postoj, které spoluurčují vnímání a hodnocení této situace. Preventivní příprava je povinností rodičů, ideálně ve spolupráci se zdravotníky. Dítě je potřeba na návštěvu lékaře připravit, adekvátně věku a zdravotnímu stavu ho informovat, pokud možno uklidňujícím způsobem. Ve vypjaté situaci se obavy a nejistota dospělého snadno přenesou na dítě. Proto je na místě sebeovládání rodiče, ač je to v určitých situacích velmi těžké. (Vymětal, 2004)

6.4 Specifické charakteristiky anxiety v dětství

Plachost v dětství může být prediktorem sociální fobie v dospělosti a může být spojená s odchylným rozpoznáváním emocí. Behaviorální inhibice je rizikovým faktorem pro vznik neurotických poruch v adolescenci a dospělosti a zároveň je temperamentově stálou charakteristikou. Neinhibované děti se dobře adaptují v cizím prostředí, mají bezpečný vztah k matce v útlém dětství a jejich biologické markery jsou neměnné.

Naproti tomu u dětí s behaviorální inhibicí jsou přítomny biologické markery, které ukazují náchylnost pro vznik neurotických poruch. U inhibovaných dětí se při kognitivním úsilí objeví rozšíření zornic, zvýšené napětí v oblasti hrtanu, zvýšená tepová frekvence, zvýšená hladina stresového hormonu ve slinách a skupiny důležitých látek organismu, k nimž patří adrenalin, noradrenalin a dopamin. Působí jako neurotransmitery v nervovém systému. Inhibované děti mají v pozdějším věku vyšší výskyt psychiatrických poruch, včetně poruch anxiózně-fobických.

Pro vznik anxiózních poruch v útlém dětství je hlavním rizikovým faktorem "málo bezpečný vztah" k matce (attachment). Příliš úzkostné matky, které si jsou nejisté ve své mateřské roli a mají strach z vlastních chyb a z kritiky okolí, začnou dítě nadměrně

ochraňovat a kontrolovat a tím tlumit vlastní anxiету. Tento nadměrně protektivní přístup dítě zúzkostňuje a infantilizuje. Naopak trvalý pocit bezpečí a jistoty pomáhá vytvořit dítěti takový vnitřní svět, v němž převažuje důvěra v lidi kolem sebe a i ve svoje vlastní schopnosti a síly. Kognitivní deficit u úzkostných poruch v dětství je speciálně vyjádřený ve sféře sociální. (MALÁ, 2019, [cit. 2019-03-09])

6.4.1 Epidemiologie

Separční úzkostná porucha se v dětství vyskytuje asi v 3,5 % a má vztah k agorafobii a panické poruše v dospělosti, vyhýbavá a sociální úzkostná porucha v dětství se vyskytuje zhruba v 2,5 % a obě mají vztah k sociální fobii a generalizované úzkostné poruše dospělých. Specifické izolované fobie v dětství se vyskytují asi u 2,4 % všech úzkostných poruch. Celoživotní prevalence úzkostných poruch se v dospělosti udává kolem až 25 % s následujícími nejčastějšími projevy: somatické stížnosti a symptomy, záchvaty panické úzkosti, anticipační úzkost, obavy a vyhýbavé chování.

V dětství a v mladším školním věku je anxieta spojena se špatným školním výkonem a sociální maladaptací. Téměř čtvrtina dětí se symptomy anxiety má obtíže se čtením a asi u 30 % je stanovena komorbidní porucha ADHD. U školních dětí bývá nejčastěji diagnostikována separční anxieta, generalizovaná úzkostná porucha a specifické fobie. Anxiózní poruchy jsou spojeny s podrážděností, neurovegetativní labilitou, insomnií a kognitivním zhoršením. Mohou vést až k sociální maladaptaci s behaviorální regresí. U adolescentů bývají nejčastěji diagnostikovány panická porucha, agorafobie a sociální fobie. (Praško, 2005)

6.4.2 Terapie

Léčba musí být vždy komplexní, tzn. jak psycho-, tak farmako- i socioterapeutická. Vytvoření správného a účinného léčebného plánu zahrnuje zpětnou vazbu a poučení rodičů o úzkosti specifické pro jejich dítě, konzultaci s pediatrem, školním psychologem a s vyučujícími. (MALÁ, 2019, [cit. 2019-03-09])

Psychoterapie

Celosvětově prioritu při navrhování psychoterapie u úzkostných dětí a adolescentů mají dvě základní psychoterapeutické metody. Jedná se o dynamickou psychoterapii a kognitivně-behaviorální terapii v kombinaci s rodinnou terapií, zvláště u menších dětí.

U léčby specifických úzkostí jsou přesně vymezené terapeutické postupy. Kognitivně-behaviorální terapie je v naší literatuře podrobně popsána MUDr. Jánem Praškem, ale u dětí je tato specifická terapie v praxi téměř nedostupná, protože chybějí erudovaní dětské psychoterapeuti.

Farmakoterapie

Indikace farmakologické intervence u dětí a adolescentů je vhodná všude tam, kde anxiózní symptomy vyvolávají trvalé zhoršování výsledků ve škole, rizikové chování (zvláště v adolescenci), ztrátu komunikace s vrstevníky nebo i v rodině a tam, kde selhává psychoterapeutické ovlivnění, nebo naopak kde je potřeba navázat psychoterapeutický kontakt. U předškolních dětí je nejdůležitější zjistit, zda je i pečující osoba úzkostná, a zda by i její léčba zvýšila pocit jistoty a bezpečí u dítěte a tím ovlivnila jeho anxiету.

Praktická doporučení pro léčbu úzkostných poruch byla schválena v roce 2006 vědeckou radou AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). Jejich doporučení obsahuje jedenáct bodů pokrývajících oblast od vyhledávání symptomatiky, přes diagnostiku, terapii a spolupráci se školou až po prevenci. Toto doporučení je vhodné a inspirující, ale samozřejmě není závazné pro pedopsychiatri v České republice. (MALÁ, 2019, [cit. 2019-03-09])

6.5 Psychická odolnost

Vytváření, rozvoj a posilování odolnosti dětí je jedním z předpokladů jejich úspěšného a snad i šťastného života v budoucnosti. Odolností (zdatností) většinou rozumíme složitý proces, vzájemně propojený soubor dovedností, schopností a postojů, jak zvládat různé životní problémy a obtížné situace, které se v životě zákonitě postupně objevují.

Odolnost člověka se postupně utváří během celého života. V dětství se vytvářejí předpoklady pro zvládání různých nesnází, neočekávaných zátěží a různých stresových

situací. Ty mohou být jednorázové, ale i když jsou jindy zdánlivě mírné, mohou zase být neustále se opakující v každodenním životě.

6.5.1 Psychická odolnost a její vývoj

Lidem s vyšší psychickou odolností se žije lépe. Snadno se vyrovnávají s nároky všedního dne, snáze dokážou překonávat krize, jsou spokojenější a dá se říci i zdravější. V této souvislosti se vzájemně neustále ovlivňují psychická odolnost, fyzická odolnost a vlivy přírody.

Pojmy, které se snaží definovat vlastnosti psychicky odolného člověka jsou různé, jako například „nezdolnost“, „resilience“, „umístění kontroly“, „self-efficacy“, „vnitřní soudržnost“ apod.

Ideální stav pro člověka je rovnováha – vnitřní vyváženost mezi rizikovými a ochrannými faktory, kdy oboje mohou být buď vnitřní, zahrnující geneticky podmíněné dispozice a potom vnější, které obsahují události přicházející z prostředí.

Základem psychické odolnosti dítěte je vrozená dispozice, temperament dítěte a vztah k dítěti, který vytváří pocit bezpečí.

Všeobecně můžeme říci, že psychická odolnost dítěte se buduje pomocí čtyř prostředků, a to: získáním pocitu kontroly nad situací, postupným porozuměním situaci, poznáním smyslu činností a zažíváním úspěchu při činnosti. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

V každém vývojovém období jedince se vývoj psychické odolnosti liší. U kojenců, kteří jsou vybaveni tzv. protosociálním chováním, je důležité přijetí temperamentu dítěte a vytváření specifického pevného vztahu mezi dítětem a pečující osobou. Pokud si má dítě vybudovat důvěru ve svět, zprostředkovává to právě bezpečná vazba k matce nebo jiné pečující osobě, kdy blízkost rodiče snižuje úzkost dítěte a proto dítě vyhledává blízkost rodičů v případě strachu a stresu. Dítě se také řídí podle výběrovosti vazby – vytváří si speciální vztah nejprve k matce a později pouze k několika „svým“ lidem. Dále je také důležitá kvalita této vazby = jistota.

V batolecím období si dítě začíná uvědomovat své vlastní „já“ a prověřuje svůj specifický vztah k matce, začíná se od ní vzdalovat.

Ve vývoji psychické odolnosti je mimořádně důležitý předškolní věk. Hlavním úkolem ve vývoji dítěte je naučit se fungovat ve společnosti mimo rodinu. V tomto věku dítěte se mnohé rodiny nevyhnou tomu, aby dítě přicházelo do kontaktu s médii, jako je např. televize nebo internet. Ale tento kontakt lze již v tomto věku kultivovat, ale především nepodcenit jejich působení. Pro předškolní děti jsou už také významné modely určitého chování, které může dítě sledovat na živých osobách nebo v symbolické podobě. Pro úspěšné osamostatnění a sebevědomé prosazení mezi vrstevníky musí být dítě vybaveno praktickými dovednostmi, schopností se domluvit a sebekontrolou. V tomto věku je také zakládán způsob, jakým bude dítě do budoucna přemýšlet o svých úspěších a neúspěších, čili se vytváří způsob hodnocení dítěte, který posiluje psychickou odolnost. Dalším významným prvkem ve vztahu k odolnosti je také srovnávání s vrstevníky.

Ve školním věku se už v plné míře prověřuje psychická odolnost, která byla založena v předškolním věku. Mezi školními dětmi jsou již v jejich psychické odolnosti prokazatelné rozdíly. Dítě v tomto věku již musí být schopné sebekontroly ve značném rozsahu. (Dlouhá, Dlouhý, 2015)

6.5.2 Psychická odolnost v náročných životních situacích

Součástí našeho běžného všedního dne jsou situace, kdy dospělí i děti prožívají nejrůznější drobné i větší krize. Jsou to okamžiky, které nás vyvedou z rovnováhy, navodí vztek, smutek anebo jinou podobnou emoci. Abychom se z krize dostali, je zapotřebí ztracenou rovnováhu opět nabýt zpět. Děti ve většině případů reagují na krize bezprostředně: jsou rozrušené, smutné, mohou být šokované, někdy se stáhnou do sebe, mají strach nebo se vztekají, někdy jsou i agresivní, mohou být zmatené nebo zoufalé. Čím je dítě menší, tím může být jeho reakce bezprostřednější i bouřlivější. U malých dětí se prožívaný stres rychle projeví i ve fungování těla – somatickými problémy. Jedná se například o nespavost, nechutenství, bolesti břicha či hlavy, motorický neklid apod.

Podle závažnosti krizové záležitosti může dojít k normalizaci během několika hodin nebo dnů bez závažnějších následků pro dítě. Při vyšší zátěži může trvat její zvládnutí týdny i měsíce, u zpracování traumatického zážitku se může jednat o měsíce nebo i roky.

Vypořádávání se se stresem je také částečně podmíněno pohlavím dítěte. I když to neplatí o sto procentech dětí, můžeme říct, že chlapci jsou často svým chováním nápadnější.

Začnou být agresivní, mohou být neklidní, často jsou v opozici. Děvčata většinou bývají klidnější a zdánlivě se lépe přizpůsobí. Dívky řeší problémy spíše vnitřně a to se velmi často projevuje psychosomatickými problémy, jako jsou bolesti břicha nebo hlavy, kožní potíže, různá častější onemocnění apod.

V krizi může dítěti pomoci v první řadě rodič nebo příp. jiná osoba, která situaci dokáže zvládnout a sama nepropadla panice. Jde zde hlavně o vlastní přístup dospělého k problémové situaci a vyjádření jeho důvěry ve schopnost dítěte. V jakékoliv krizové situaci můžeme zajistit klid a bezpečné zázemí, vzdálení dítěte od zdroje stresu, zprostředkování kontaktu s lidmi, kterým dítě důvěřuje, odvedení pozornosti a poskytnutí informací o tom, co se děje.

V průběhu krize jsou lidé v šoku, zahlceni svými pocity, čas se jakoby zastaví a je obecně těžké realisticky odhadnout její možný dopad. Veškerá soustředěnost a energie se zaměří na zvládnutí krize a všechny ostatní vjemy a potřeby ustoupí do pozadí. V situaci nadměrné zátěže jsou pocity bezmoci a odevzdanosti naprosto běžné. Hodnocení významu krize může být zvláště u menšího dítěte naprosto odlišné od našeho. Dítě v krizi často křičí nebo pláče, zachvátí ho panika, i když bezprostřední nebezpečí už pominulo. Tento strach se později může vracet i při mnohem slabších podnětech.

Krizových situací může nastat celá řada, mohou to být krize podmíněné vývojem, krize emoční a konfliktní situace – hádky. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

6.5.3 Konstruktivní řešení náročných situací

Děti i dospělí mají v krizi a ve stresu sklon k tomu, chovat se stereotypně. Opakují stejné způsoby chování, i když už vědí, že se v praxi neosvědčily a k řešení problému nevedly. Důvodem, proč tomu tak je, bývá to, že tyto strategie vznikly při velkém rozrušení a často nejsou rozumné. Člověk se tak opakovaně dostává do podobných problémových situací, ale řešení k nim nenachází. Tyto situace je proto třeba řešit konstruktivně.

Naším obranným mechanismem, kterým jsme vybaveni od přírody, je strach. Je pro nás velmi cenný, protože nám v určitých situacích může i zachránit život, ale na druhou stranu nás v žádném případě nesmí zahltnout. Určitou dispozici ke strachu máme vrozenou, ale je dále otázkou výchovy, čeho se ve skutečnosti bát naučíme. O strachu můžeme mluvit

tehdy, pokud je to emoce plnící ochrannou funkci. Při strachu se uvolňuje do krevního oběhu adrenalin, který mobilizuje organismus a zvyšuje hladinu bdělosti. Také zrychluje srdeční tep, zvyšuje se množství cukru ve svalech – člověk je připraven zaútočit nebo utéci.

Od narození jsou v našem životě – naší mysli přítomné „instinktivní“ formy strachu. „Klasické“ formy strachu jsou emoce, které považujeme za normální, protože jsou nositeli pochopitelné úzkosti, anebo jsou tak samozřejmé, že jsou považovány za nedílnou součást vývoje dítěte. Obavy i strach z celé řady věcí se učíme podle principů klasického podmiňování nebo pozorováním druhých lidí – tzv. observačním učením. Klasické podmiňování je založeno na Pavlovových pokusech se psy. Tento strach má obrovskou nevýhodu, protože má tendenci ke generalizaci. Dítě si ale strach osvojí především pozorováním druhých lidí, kdy se učí bát toho, čeho se bojí nejprve jeho rodiče a v pozdějším věku jeho vrstevníci a další významné osoby. Tento princip lze ale také využít ve prospěch toho, že se určitých situací není třeba bát. Dítě může například sledovat svého sourozence nebo spolužáka při vyšetření u lékaře. Dítě vidí, že to ten druhý zvládl a posléze se nechá bez větších problémů vyšetřit samo. Rodič – dospělý se musí v krizové situaci především zbavit své vlastní úzkosti a tím vlastně zbavit i dítě jeho úzkosti. Čili, dle prof. Matějčka, dopřát dítěti pocit bezpečí a jistoty. (Hoskovcová, Suchochlebová, 2009)

Praktická část

7 Příprava dětí na plánované operační zákroky

7.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit připravenost dětí na operační zákrok.

Byla vytvořena škála na stupnici od jedné do pěti podle toho, jak dítě subjektivně prožívalo celý proces zákroku. Od doby těsně před operací, během cesty na operační sál, na sále těsně před anestezií, po probuzení na pokoji a následně v nejbližších hodinách.

V praktické části byly stanoveny dílčí cíle.

DC1: Jestli bylo dítě na operaci připravováno?

DC2: Jak a kým bylo připravováno?

DC3: V jakém časovém předstihu před operací se o ní dozvědělo?

DC4: Byl pro přípravu využíván edukační materiál?

DC5: Uvítali by rodiče možnost využití edukačního materiálu a informovanosti předem?

7.2 Metodologie a výběr metod

Dle Švaříčka (2014) vycházejí kvantitativní a kvalitativní přístupy z jiných předpokladů, většinou zkoumají jiné problémy, používají jiné postupy a dávají odlišné závěry. Ty však nejsou ani lepší, ani horší, ani soupeřící. Výběr jednoho či druhého přístupu by se měl řídit především výzkumným záměrem. Protože nejprve je zde zkoumaný problém, a teprve potom hledáme jeho řešení.

Pro výběr výzkumného přístupu je tedy základním důvodem výzkumný problém a způsob, jakým k němu badatel přistupuje. Volba určitého metodologického přístupu pak určuje podobu získaných výsledků.

Je třeba přesně definovat výzkumný problém a spolu s ním i základní výzkumnou otázku a poté hledat vhodnou výzkumnou metodu. Neexistuje pouze jeden jediný přístup nebo jen jedna metoda, která je stejně dobrá pro zkoumání veškerých pedagogických otázek.

(Švaříček, 2007)

7.3 Kvantitativní výzkum

Pro kvantitativní výzkum je podstatný výběr jasně definovaných proměnných, poté sledování jejich rozložení v populaci a měření vzájemných vztahů mezi nimi. Na počátku je tedy nějaké teoretické tvrzení, které je metodou precizní operacionalizace - převedení obecných pojmů do roviny sledovaných znaků – převedeno do hypotéz a následně ověřováno. Ověření určité hypotézy nebo teorie je potom výstupem tohoto výzkumu. Výzkum provedený tímto způsobem, umožňuje zobecnění získaných výsledků a následně formulaci obecně platných pravidel. Kvantitativní výzkum se soustředí hlavně na ověřování vztahů mezi proměnnými, anebo na zjištění, jaký vztah mají proměnné mezi sebou. (Švaříček, 2007)

Proměnnou tedy můžeme nazvat pedagogický jev nebo vlastnost, které se ve výzkumu mění a nabývají různých hodnot. Může se jednat o pohlaví dětí, věk dětí, jejich mentální úroveň, chování v určité situaci apod. Proměnné můžeme rozdělit na nezávislé a závislé proměnné. Nezávisle proměnná je vlastnost nebo jev, které tvoří podstatu, podmínku vzniku nebo příčinu jiné vlastnosti nebo jevu. Závisle proměnná je potom výsledkem nezávisle proměnné. (Chráška, 2007)

Formou a nástrojem k získávání výsledků výzkumu byl dotazník.

7.4 Metoda - Dotazník

Dotazník je soustava předem připravených a formulovaných otázek, které jsou cíleně seřazeny a na které osoba – respondent reaguje písemně. Někdy je ve stejném významu používán termín anketa. Za anketu se však většinou považuje šetření, při kterém se účastníci sami spontánně do šetření zapojují, např. ankety v časopisech, televizi, rozhlase apod. Někdy je také využíván širší pojem, jako je dotazování, které má dvě formy, a to interview a dotazník. Metodě dotazníku bývá vytýkáno, že nezjišťuje, jací respondenti skutečně jsou, ale jak sami sebe vidí nebo jak chtějí být viděni. Data takto získaná mají vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují vždy jen velmi obezřetné interpretování výsledků. Výhodou dotazníku však je poměrně rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů. (Chráška, 2007)

Při přípravě dotazníku je nutné brát v úvahu i způsob distribuce, výraznou a srozumitelnou grafickou úpravu dotazníku, lhůtu pro vyplnění a návratnost. Dotazník lze předávat v podstatě třemi způsoby, a to buď poštou, osobně nebo prostřednictvím jiných osob. V současnosti lze využívat rozesílání dotazníků také elektronicky, ale zde není, zrovna tak jako u poštovního zasílání, návratnost příliš jistá. (Chráska, 2007)

Tyto dotazníky byly předávány osobně a návratnost byla tudíž 100%.

7.4.1 Nástroje

Byly vytvořeny dva druhy dotazníků, které spolu korespondovaly. Jeden byl pro hospitalizované děti a druhý pro jejich rodiče, ať už byli s dítětem hospitalizováni také nebo ne. (viz Příloha č. 2 a 3) Dotazník byl rozdělen do tří, resp. čtyř částí.

Otázky první části se týkaly doby před výkonem. Tato část obsahovala demografické údaje o věku a pohlaví dítěte, informace o tom, kdo mu řekl, že půjde do nemocnice a kdy, a zda je dítě v nemocnici samo či s doprovodem.

Druhá část již byla zaměřena na samotný průběh hospitalizace. Otázky směřovaly k informovanosti dítěte ohledně nemocnice a situace před operací a hned po ní.

Ve třetí části se pak otázky týkaly doby po operaci – zda dítě ví, co bude následovat.

První tři části dotazníku (otázky 1 – 14) byly shodné, jak pro rodiče, tak pro děti, jenom jinak formulované.

Čtvrtá část byla určena pouze pro rodiče (byla umístěna jen ve druhém dotazníku) a obsahovala údaje o dosaženém vzdělání rodiče, počtu dětí v rodině a pořadí, ve kterém se hospitalizované dítě narodilo, o délce hospitalizace a názoru rodiče, jak bylo podle něj dítě na zákrok připraveno.

Škály hodnocení bolesti

Bolest můžeme definovat jako nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní. Podle jiných definic je bolest to, co říká pacient, a existuje vždycky, když to pacient tvrdí“, anebo je bolest spojení obranné reakce a soukromé zkušenosti s utrpením.

Zásady přístupu k dětské bolesti byly shrnuty do akronymu QUEST – česky: hledej, pátrej,

ptej se. V českém překladu by se jednotlivé body daly vyjádřit akronymem POMÁHEJ (příloha č. 4).

Děti mohou mít výraz pro bolest již zhruba od 18 měsíců. Asi ve věku 3 let dokážou přibližně popsat intenzitu bolesti slovy, např.: trochu, málo, moc. Děti tří- až čtyřleté mohou dokázat použít samohodnocení pomocí obrázků obličejů (příloha č. 4).

Školní děti už umějí bolest očíslovat nebo oznamkovat, na zvolené stupnici pěti- nebo desetistupňové.

Nejcennější a nejpřesnější při stanovení intenzity bolesti je **subjektivní hodnocení – sebehodnocení**. „Bolest je to, co říká pacient.“

Tam, kde není možné samohodnocení, stanovují míru bolesti observační škály. Např.: FLACC (příloha č. 4), CHEOPS (příloha č. 5), NIPS (příloha č. 6) a mnoho dalších. Škály také bodují změny v chování, které jsou podmíněny bolestí. Většina z nich je sestavena tak, že třetina maximálního bodového hodnocení je hranicí k intervenci proti bolesti.

(Kalousová, Rousková a kol., 2008,[online]. [cit. 2019-04-10])

Další z používaných škál může být např.: NFCS (Neonatal Facial CodingvSystem), která hodnotí mimiku tváře, hlavně potom mimiku čela. Další skórovací metody hodnotí také postavení končetin, hlavy, trupu a berou se v úvahu i vitální funkce. OPS (Objective Pain Scale) sledují změny krevního tlaku, pohyby dítěte, stupeň neklidu, intenzitu pláče a verbální popis bolesti.

Nejobjektivnější formou hodnocení lokalizace bolesti je tzv. mapa bolesti (The Pain Chart). Tento způsob je vhodný u dětí od 4. roku života. Dítě ukáže na postavičce, kde ho bolí. Děti jsou na bolest vnímavější a často na ni reagují pláčem.

Intenzita bolesti patří k nejvýznamnějším parametrům hodnocení bolesti pro volbu optimálního léčebného postupu. Vizuální analogová škála (VAS) je nejčastěji používanou metodou měření intenzity bolesti ve světě. Intenzita bolesti se znázorňuje na úsečce s krajními body – žádná bolest – až nejintenzivnější bolest.

Pooperační bolest se dá ovlivnit farmakologicky, a to buď celkově anebo lokálně a nefarmakologicky např. fyzikálními metodami nebo psychologicky.

K možnostem ovlivnění pooperační bolesti patří i metody regionální anestézie a analgezie. Ve světě je už standardem tzv. Acute Pain Service (APS). Znamená léčbu pooperační

bolesti v péči o chirurgického pacienta od jeho přijetí do zdravotnického zařízení a pohovoru s ním o pravděpodobnosti výskytu bolesti po operaci, přes možnosti léčby, operační techniku, až po péči v pooperačním období. Lékař a sestra jsou k dispozici pro pacienty s bolestí nepřetržitě po dobu 24 hodin.

(Ondřiová, Sinaiová. 2013 [online].[cit. 2019-04-14])

Pro tuto práci byla vytvořena subjektivní škála bolesti na stupnici od 1 do 5. Obsahovala souhrn hodnocení prožívání bolesti od tří rozdílných subjektů. Prvním z nich bylo hospitalizované dítě a jeho prožívání následně po operačním zákroku. Druhým bylo hodnocení rodičů dítěte a posledním subjektem byl zdravotnický personál. Zdravotníci píší do ošetřovatelské dokumentace stav dítěte po operaci - např. klidné, spící, stabilizované, probuzené, ... Rodiče a děti odpovídali v dotazníku v otázce č. 12. Body hodnocení 1 – 2 obsahovaly termíny, jako dítě je klidné, spící, vyrovnané, s občasnými bolestmi, dokáže si říci o léky na bolest, ať už rodičům nebo zdravotníkům. Bod 3 tvořil hranici mezi bolestí žádnou, malou a snesitelnou a na druhé straně bolestí velkou a nesnesitelnou. Hodnocení bolesti 4 – 5 znamenalo, že dítě pláče, křičí, brání se, případně vstává z postele, sahá si na ránu anebo je až hysterické.

Zdravotní sestry zapisují do ošetřovatelské dokumentace spoustu údajů a informací o dítěti. Kromě základních dat, jako je jméno, příjmení, datum narození, bydliště, údaje o rodičích a kontakty na ně, jsou zde uváděny i detaily denního režimu a zvyklostí dítěte. V dokumentaci jsou dále uvedeny zdravotnické údaje, naměřené hodnoty teploty, tlaku a saturace, předepsané léky, stav před operací a po ní, stravovací režim, bariérový režim, hygiena, riziko pádu a opatření proti němu, použití přístrojů, terapie, zavedení kanyly apod. Uvádí se zde také edukace dítěte a hodnocení bolesti za použití Vizuální analogové škály (VAS).

7.4.2 Procedura

Pro tento výzkum byly vybrány děti ve věku 7 – 15 let, hospitalizované na dětské chirurgii nemocnice Kolín v časovém rozmezí únor – červen 2018. Dotazníky byly předávány osobně po domluvě s rodiči. Jestliže se jednalo o mladší děti, byla jim nabídnuta (při vyplňování dotazníku) pomoc ze strany tazatele. Pokud se jednalo o sporné otázky

a neúplné odpovědi, bylo přistoupeno k ústnímu dotazování/doplňování ze strany tazatele. Podařilo se dosáhnout stoprocentní návratnosti dotazníků.

Charakteristika zařízení

Již od r. 1971 poskytuje oddělení dětské chirurgie ON Kolín komplexní léčebně preventivní péči dětem od 0 do 19 roků věku. Existuje zde tým čtyř zkušených dětských chirurgů, kvalifikovaný pediatr i početný tým zdravotních sester. Samozřejmostí je moderní materiální vybavení. Oddělení je kompletně zrekonstruováno. Nadace ARCHA Chantal Poullain vyprojektovala interiér pavilonu barevně a harmonicky, prostředí je pro děti velmi přátelské. Dnes už je takřka samozřejmostí hospitalizace dítěte, bez ohledu na jeho věk, s rodičem. Pro děti z přirozených spádových oblastí (Kolínsko, Nymbursko, Kutnohorsko) je zajišťována chirurgická péče ambulantní i lůžková v plném rozsahu. Vítáni jsou i pacienti mimospádoví. Objednací doby na operace jsou krátké, zhruba 4 – 6 týdnů. Jsou prováděny výkony urgentní i plánované, v rozsahu chirurgie vrozených vývojových vad, chirurgie břišní, urologie, traumatologie (zlomeniny) a popáleninové medicíny. Oddělení se specializuje na výkony laparoskopické. Menší chirurgické výkony jsou prováděny v režimu ambulantní péče. Oddělení dětské chirurgie je umístěno v pavilonu D, ambulance v 1. patře, oddělení ve 2. patře.

Oblastní nemocnice Kolín [online]. [cit. 2019-03-24].

V dětském pavilonu nemocnice Kolín pracuje škola při nemocnici již od roku 1956. Původně to byla jednotřídní základní škola. O dva roky později byla založena Mateřská škola při OÚNZ v Kolíně. Zřizovatelem školy při nemocnici Kolín je Krajský úřad Středočeského kraje. Od roku 2002 pracuje škola jako dislokované pracoviště Základní školy speciální, mateřské školy speciální a praktické školy Kolín. Od 1.9. 2004 zde základní škola ukončila svou činnost. Nadále zde působí pouze mateřská škola, školní družina a školní klub. V době, která není nezbytná k léčbě, se snaží zpříjemnit pobyt nemocným dětem jedna paní učitelka MŠ. Větší děti tráví čas pod vedením vychovatelky školní družiny a školního klubu. Dětské část nemocnice zahrnuje tři oddělení, rozložená na třech poschodích. Oddělení chirurgické s 19 lůžky, pro děti od 0 do 19 let. Oddělení tzv. „malých dětí“ – do 3 až 4 let, které má kapacitu 18 lůžek a oddělení „velkých dětí“,

pro děti zhruba od 5 do 19 let, které má celkem 21 lůžek. Protože dnes hodně práce se školní výukou v nemocnici mohou (a v mnoha případech tomu tak opravdu je) zastávat rodiče, mají zde působící učitelky spíše doplňující práci, anebo se víceméně snaží spíše o zábavu dětí, aktivity a náplň volného času.

Vzdělávání předškolních dětí probíhá podle Školního vzdělávacího programu „Hrajeme si celý den“. V tomto programu je uvedena jeho charakteristika, koncepce a cíle, dále charakteristika zařízení, podmínky vzdělávání, organizace chodu, organizace dne, týdenní a denní režim, plánované akce a projekty, rámcové cíle a záměry. Vzdělávací obsah je rozdělen do integrovaných bloků, podle témat. Témata jsou dělena podle čtyř ročních období a měsíců, které do těchto období spadají. Vedoucí učitelka vypracovala třídní výchovně vzdělávací plán, zaměřený na předškolní vzdělávání v mateřské škole při nemocnici a odvíjející se od krátkodobého pobytu dětí.

(ZŠ, MŠ a PŠ Kolín: ŠVP školy při nemocnici [online]. [cit. 2019-03-31])

Dobrovolnictví

V posledních letech, kdy se české nemocnice stávají přístupnějšími lidem "zvenku", se jako velmi prospěšná ukazuje práce dobrovolníků. Dobrovolníkem může být v podstatě kdokoli, kdo má čas a chuť docházet do nemocnice a nějakým způsobem zpříjemňovat dobu hospitalizace zejména dětem. Je ale také známé, že dobrovolníci se vyskytují i na odděleních pro dospělé.

Dobrovolníci v mnoha nemocnicích připravují pro děti různé pravidelné programy, chodí jim číst, povídat si s nimi, hrát si... Všechny nemocnice, kde se s dobrovolníky můžete potkat, mívají vždy své koordinační dobrovolnické centrum.

(Ježková, 2019, [online]. [cit. 2019-02-26])

I do kolínské nemocnice chodí dobrovolníci. Jedná se o zaměstnance kolínské městské knihovny, kteří navštěvují dětské oddělení pravidelně každý čtvrtek. Dětem přinášejí knižní novinky, které právě vyšly, dále pak různé časopisy, křížovky, rébusy a hádanky. Pro zájemce potom pořádají čtenářské kroužky, ať už se jedná o skupinové předčítání v herně, anebo čtení pro jednotlivce na pokojích.

Dalšími dobrovolníky, kteří do kolínské nemocnice chodí, jsou členové dobrovolnické organizace Slunečnice. Od zdravotnického personálu se barevně odlišují, nosí modrá nebo žlutá trička, většinou se symbolem slunečnice. S sebou si do nemocnice přinášejí různé hry, karty, pomůcky a výtvarné potřeby. Snaží se dětem vyplnit jejich volný čas a ukrátit dlouhé chvíle.

Zdravotní klauni

Různá sdružení a projekty vznikající mimo nemocniční půdu jsou jiným typem "dobrovolníků". U nás patří asi mezi nejznámější z nich tzv. zdravotní klauni - "Clinicclowns" (www.zdravotniklaun.cz) – obecně prospěšná společnost, která v ČR funguje už od roku 1998. Profesionálně vyškolení klauni pravidelně přinášejí svůj humor, veselí, drobné pozornosti a divadelní scénky do 55 českých nemocnic. (Ježková, 2019, [online]. [cit. 2019-02-26])

V Oblastní nemocnici Kolín můžeme zdravotní klauny potkat každé úterý, většinou v době mezi 9 a 11 hodinou dopoledne. Děti je vítají nadšeně, čas strávený v jejich společnosti ubíhá mnohem rychleji. Klauni jsou vtipní, pohotoví, umí se dobře přizpůsobit situaci. Dětem se nejvíce líbí, když hrají různé scénky v roli doktora a zdravotní sestry. V úterý je ale bohužel zrovna operační den, takže se stává, že některé děti se zdravotních klaunů nedočkají, protože zrovna, po právě prodělané operaci a anestezii, dospívají.

Profesionální zdravotní klauni jsou důležitou součástí téměř všech nemocnic také u našich „sousedů“ na Slovensku. Jejich návštěvy jsou mezi malými pacienty a jejich rodiči velmi oblíbené. Přináší s sebou nejen radost a smích, ale také zkrátí dlouhý čas hospitalizace, uvolní napětí a zaženu úzkost z cizího prostředí. Jejich individuální přístup a schopnost přizpůsobit se konkrétnímu pacientovi vítají jak rodiče, tak i personál v nemocnici. Právě pro zdravotníky jsou klauni důležitými partnery, protože často dokážou dítě nenuceně a hravě přivést k tomu, aby spolupracovalo.

I v předoperační přípravě a po dobu operace hrají zdravotní klauni důležitou roli. Jejich program N.O.S. – Na operační sálu, zatím funguje v nemocnici v Bratislavě – NÚDCH a v Banské Bystrici – DFNSP. Zájem o tuto spolupráci je obrovský a tento program se

určitě postupně rozšíří do dalších nemocnic. Zdravotní klaun se v době těsně před operací věnuje každému dítěti individuálně a svou klaunskou zručností a empatickým přístupem dokáže děti i jejich rodiče přeladit na pozitivnější vlnu. Tím jim výrazně dopomůže zkrátit čas čekání i kvalitu prožívání současných těžkých chvil. Na operační sál potom děti přicházejí uvolněnější. Ve chvíli, kdy děti zůstávají na sále, klauni se věnují jejich rodičům a blízkým. Právě rodiče často velmi těžko prožívají chvíle přípravy na operaci, mnozí se obávají například i samotné operace v narkóze. Po probuzení z anestézie je úlohou klauna odpoutat dítě od bolesti.

Program „Na operační sálu“ (N.O.S.) je určený dětem, které čekají na operační zákrok, stejně tak jako jejich rodičům, kteří dobu přípravy na operaci snášejí ještě hůře. (*N.O.S. - Na operační sálu* [online]. [cit. 2019-04-14])

7.4.3 Výzkumné otázky

Při plánování výzkumu patří výzkumné otázky mezi jeho hlavní body. Jak již plyne z tohoto názvu, jsou formulovány v tázací větě. Je na ně tedy možné v závěru výzkumu odpovědět.

Otázky by měly být přiměřené dané práci. Některé jsou uzavřené, takové, na které lze odpovědět pouze „ano“ nebo „ne“. Dále jsou to otázky, na které lze odpovědět více způsoby, anebo takové, které obsahují vztah – výběr mezi dvěma nebo více názory, výsledky apod.

Položky – otázky dotazníku můžeme dělit na obsahové a funkcionální. Obsahové zjišťují údaje nutné pro splnění výzkumného záměru, funkcionální položky potom mají tvořit optimální průběh dotazování. Jednotlivé položky musí být všem respondentům jasné a srozumitelné. Jejich formulace musí být jednoznačná, musí zjišťovat nezbytné údaje a nesmí být sugestivní. (Skutil, 2014)

V tomto výzkumu bylo použito 14 otázek pro děti a 19 otázek pro jejich rodiče. Prvních 14 otázek bylo shodných, zbylých 5 otázek pro rodiče bylo zpřesňujících. Otázky byly jednak uzavřené, na které se dalo jednoznačně odpovědět, dále potom polouzavřené a otevřené. Otázky výběrové, kdy respondenti vybírají z několika možností, nebyly využity.

7.4.4 Výzkumný vzorek

Svá zjištění v pedagogickém výzkumu opíráme většinou jen o znalost určitého vzorku – výběru. Jedná se o to, aby vlastnosti tohoto námi vybraného vzorku byly pokud možno stejné, jako vlastnosti celé skupiny, kterou zkoumáme. Požadavkem je, aby tento vzorek byl pokud možno co nejvíce reprezentativní. Existuje více druhů výběrů výzkumných vzorků, a to např.: prostý náhodný výběr, skupinový výběr, stratifikovaný výběr, kontrolovaný a vícenásobný výběr, mechanický – systémový a spárovaný výběr, a dále záměrný výběr. U záměrného výběru nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo zkoumané osoby. Záměrný výběr v podstatě vzniká třemi způsoby, a to anketním výběrem, výběrem průměrných hodnotek anebo kvótním výběrem. (Chráska, 2007)

Pro účely tohoto výzkumu byl využit záměrný výběr – anketní, kdy se jedinci dostávali do výběru sami na základě svého rozhodnutí. Inkluzivním kritériem pro výběr výzkumného vzorku bylo:

1. dítě ve věku 7 – 15 let
2. aktuálně hospitalizované dítě
3. prožívání operačního zákroku dítětem

Aktuální prožívání operačního zákroku hospitalizovaným dítětem je závislé na mnoha faktorech a ovlivňuje ho spousta procedur. U dítěte může probíhat krátkodobá či dlouhodobá příprava před operačním zákrokem. Krátkodobá příprava je okamžitá, kdy v důsledku úrazu musí dojít k operaci v co nejkratší možné době. Dlouhodobá příprava zahrnuje období od stanovení termínu operace až po zákrok samotný.

Zhruba týden před operací si rodiče zajistí všechna předoperační vyšetření – pediatrické a laboratorní. Těsně před přijetím je anesteziologem zvolen vhodný typ anestezie a zákonný zástupce podepíše informovaný souhlas s anestezií. (Janíková, 2011)

Poté se dítě s rodiči dostaví k příjmu na ambulanci a následně je přijato i na lůžkové oddělení. Zde se sepiše ošetrovatelská dokumentace, dítě se zváží, změří se jeho výška, teplota a krevní tlak. Dítě dostane identifikační náramek a je mu přiděleno lůžko. Poté již nesmí opustit oddělení. V odpoledních hodinách probíhá kontrolní vizita lékařů – operátorů. Celé odpoledne mají děti volný program, kdy mohou být na lůžku, na pokoji

nebo v herně. Hrají si buď s rodiči, nebo využívají práce vychovatelky školy při nemocnici. (Smetanová, 2019)

Děti začínají potravinový režim na oddělení večerí. Kolem sedmé hodiny večer je potom večerní ordinace, předoperační příprava a příprava hygienická. Dítě se musí před operací vykoupat, musí mít ostříhané, odlakované a čisté nehty, nikde po těle nesmí mít žádné dětské tetování. Také je nutné odstranit řetízky, prstýnky, náušnice, případně piercing. V případě potřeby sanitárky oholí dítěti budoucí operační pole a vyčistí jim pupek lihobenzínem. Z pokoje jsou u menších dětí odstraněny veškeré nápoje a potraviny, až do doby po operaci. Děti by měly být lačné od půlnoci. Lůžka dětí jsou označena červenou kartou. Děti jsou probuzeny ráno v 5 hodin a dostanou naposledy napít půl hrníčku čaje nebo vody. Od té doby již nesmí nic jíst ani pít a čekají v klidu na lůžku na podání premedikace, která je buď v tabletách, anebo v sirupu. Dítě se vysvlékne do naha a přikryté čeká na převoz na sál.

Na období péče předoperační navazuje období intraoperační péče. To začíná předáním pacienta na operační sál a končí jeho převzetím zpět na standardní oddělení nebo případně na jednotku intenzivní péče.

Až k předsáli může většinou dítě doprovázet maminka nebo jiný příbuzný. Zdravotní sestra předává pacienta spolu s dokumentací. V kolínské nemocnici dostanou děti při příjezdu na operační sál plyšovou hračku, která je doprovází po celou dobu pobytu na operačním sále a nakonec si ji mohou odnést domů.

Ještě na sále se dítě uloží zpět do jeho čistě povlečeného lůžka. Sestra přebírá pacienta i dokumentaci a cestou na pokoj provádí monitorování pacienta pulzním oxymetrem. Na pokoji je dále dítě pravidelně kontrolováno – měřeno, dle rozpisu v dokumentaci. Jsou podávány léky na bolest. Dále se kontroluje celkový stav dítěte, teplota, operační rána, stav vědomí. V den operace by měly děti dodržovat klid na lůžku. (Janíková, 2011)

První tekutiny dostane dítě standardně po třech hodinách od operace (dle klinického stavu). Nejprve po lžičkách a později ve větším množství. Pokud dítě nezvrací, dostane večer několik piškotů a tekutiny podle potřeby. (Smetanová, 2019)

Sestry pečují také o psychickou pohodu dítěte. Dítě v dobré náladě a pohodě snáší pooperační stav a bolest daleko lépe. Vhodnou aktivitou pro děti po operaci je například

poslouchání pohádky, hraní slovních her a podobně. Příliš vhodné není sledování televize, hraní na tabletu, nebo telefonu, protože děti pak častěji zvrací.

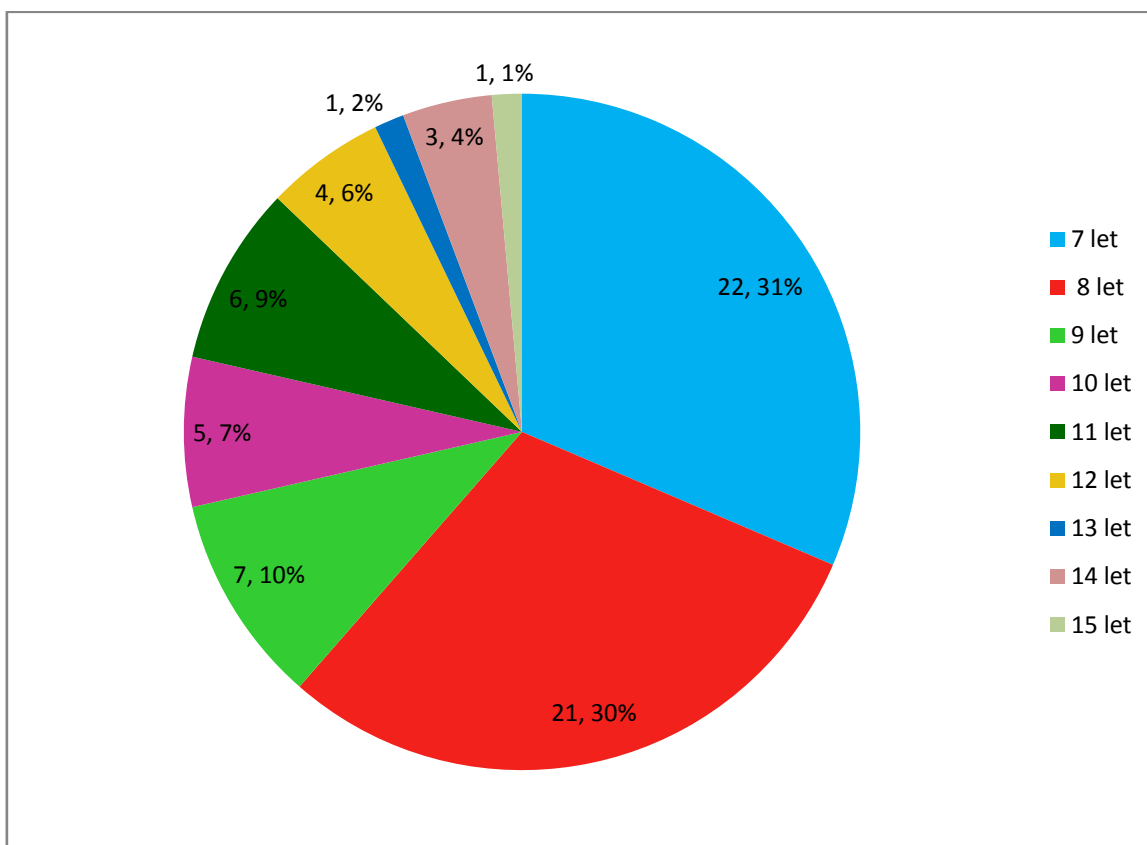
Následujícího dne většinou mohou děti opouštět lůžko. Samozřejmě v závislosti jejich zdravotního stavu a operačního výkonu. Další péče závisí od druhu operace a klinického stavu dítěte. Sestry podle potřeby tlumí bolesti, kontrolují operační ránu, tělesnou teplotu, fyziologické funkce a celkový stav dítěte. Kontrolují také postupné zatěžování stravou a vyměšování. Pokud je dítě v dobrém klinickém stavu, bez problémů, nezvrací, nemá žádné komplikace, rozhodne lékař o jeho propuštění do domácí péče (Janíková, 2011)

Složení výzkumného vzorku

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

	četnost	%
dívky	29	41,4
chlapci	41	58,6
celkem	70	100

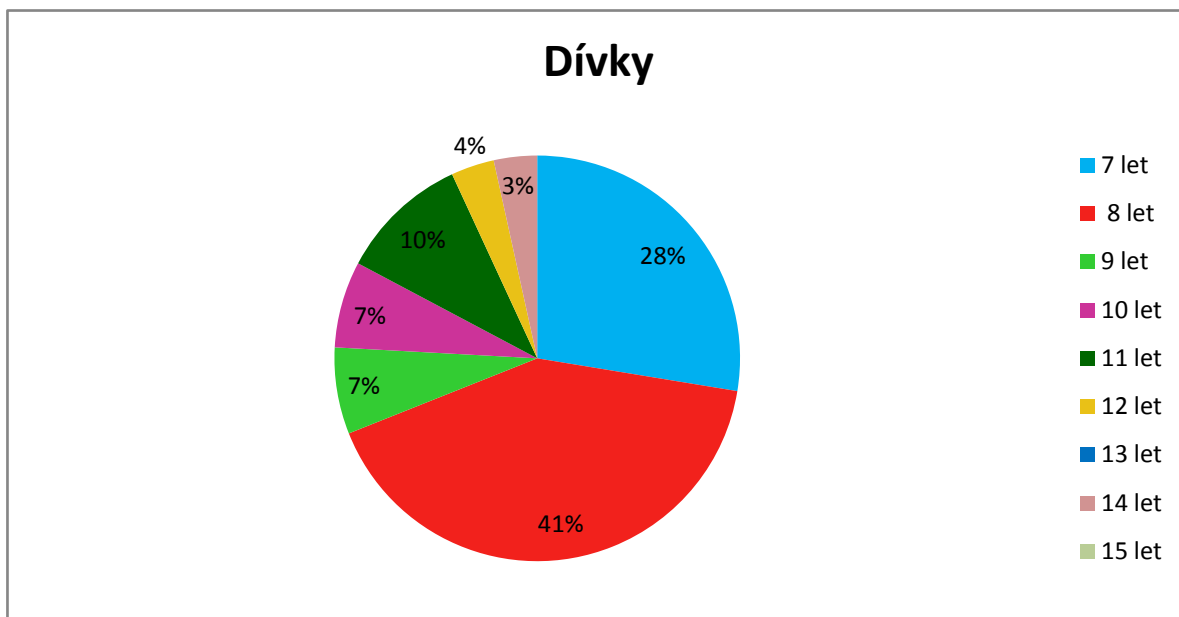
Celkem se výzkumu zúčastnilo 70 dětí (a jejich rodičů), z toho bylo 29 dívek a 41 chlapců, z toho plyne, že větší část respondentů byli chlapci, a to v 58,6 % dotazovaných.



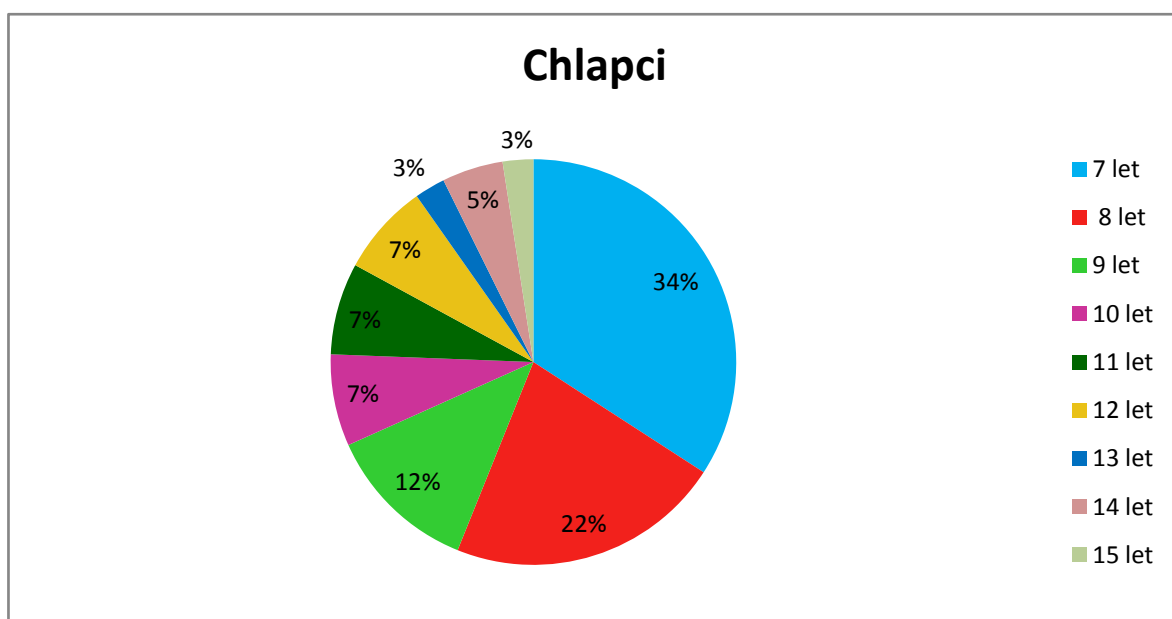
Graf 1 – Věk respondentů

Z grafu je patrné, že nejvíce dotazovaných bylo ve věku 7 a 8 let (30 % a 31 %), nejméně pak 13 – 15 let (celkem 7 %).

Sedmiletých dětí bylo 22, osmiletých 21, devítiletých 7. Desetiletých dětí bylo celkem 5, jedenáctiletých 6 a dvanáctileté děti byly 4. Ze zkoumaného vzorku bylo pouze jedno dítě patnáctileté, jedno třináctileté a čtrnáctileté děti byly 3.



Graf 2 – Věk respondentů – dívky



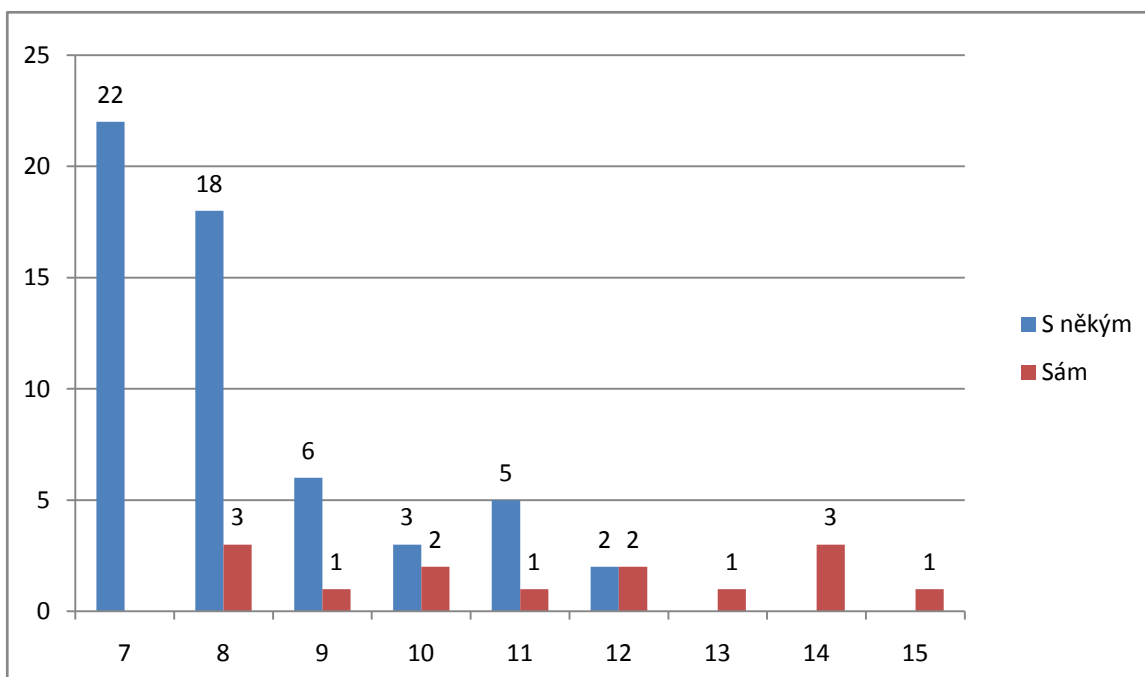
Graf 3 – Věk respondentů – chlapci

Z grafů vyplývá, že osmiletých bylo více dívek, sedmiletých a devítiletých více chlapců. Děti ve vyšším věku jsou zastoupeny v podobném percentilu.

Tabulka 2 – Doprovod hospitalizovaného dítěte

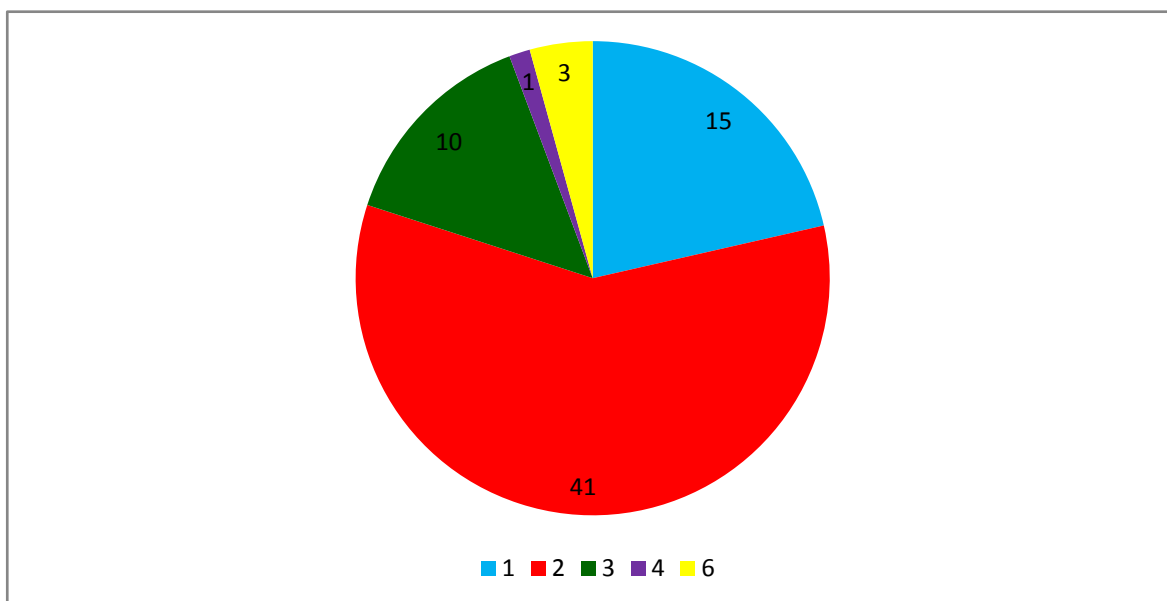
	Četnost	%
otec	5	7,1
matka	51	72,9
sám	14	20
celkem	70	100

Ze všech dotazovaných byla většina, a to konkrétně 72,9 % hospitalizována s matkou. Dále pak 7,1 % s otcem a zbylých 20 % bylo bez doprovodu. Zajímavostí je, že jedno dítě bylo hospitalizováno střídavě s matkou a babičkou. Vzhledem k tomu, že matka trávila v nemocnici delší dobu a hospitalizované dítě vnímalo jako doprovod hlavně ji, byla zahrnuta do výzkumu pouze ona.

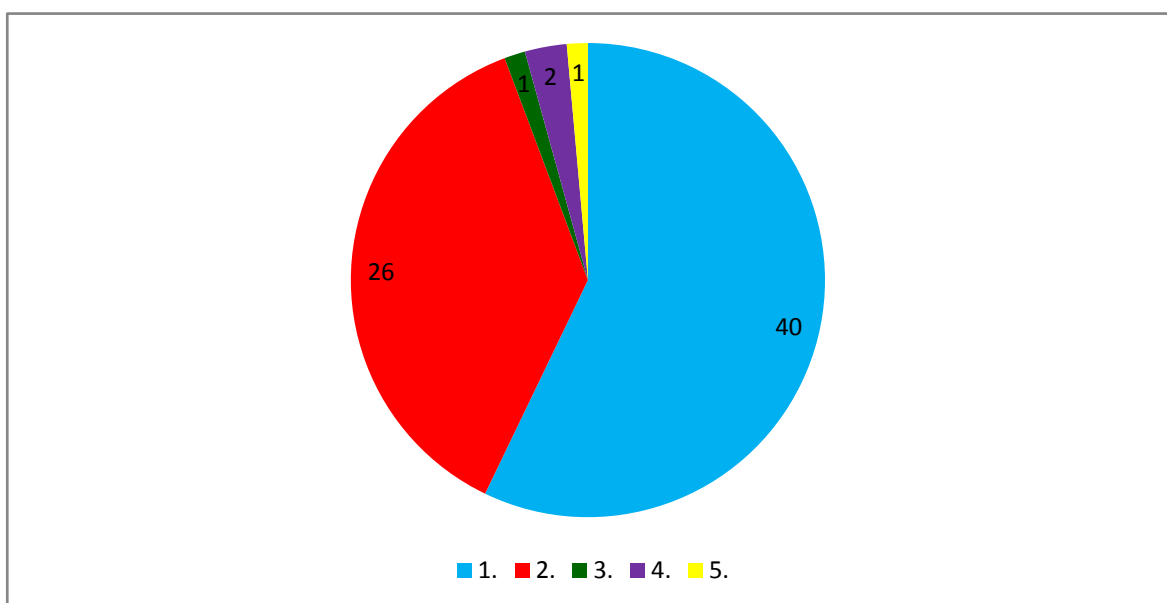


Graf 4 – Věk respondentů – doprovod

Z grafu vyplývá, a je to také logické, že mladší děti jsou častěji hospitalizované s doprovodem, než děti straší. Z celkového počtu 70 dětí jich bylo s doprovodem hospitalizovaných 56, z toho bylo 22 dětí sedmiletých a 18 osmiletých. Je poněkud zvláštní, že i dvě dvanáctileté děti zde byly s doprovodem. Na druhé straně 14 dětí prožívalo hospitalizaci i operační zákrok samo. Jednalo se v převážné většině o chlapce. Samotné dívky zde byly hospitalizovány pouze 3. Jedna čtrnáctiletá a dvě dívky osmileté. Obě mladší dívky žily v pěstounské péči, do nemocnice je přivedly tety – pěstounky. Ty také za nimi chodily na návštěvy. Protože ale doma měly další děti v pěstounské péči, o které se musely starat, nemohly s hospitalizovanými dětmi v nemocnici zůstat. Samotné hospitalizované děti byly různých věkových kategorií, od 8 do 15 let, sedmileté dítě nebylo, podle výsledků tohoto výzkumu, v nemocnici samotné ani jedno. Osmileté děti byly celkem tři, již zmiňované dvě dívky a potom také jeden chlapec. Všechny tři děti prožívaly zákrok velmi špatně, byla to pro ně hodně psychicky náročná situace. Další děti, které byly bez doprovodu: devítiletý chlapec, dva desetiletí, jeden jedenáctiletý, dva dvanáctiletí, jeden chlapec ve věku 13 a jeden ve věku 15 let, dále 2 čtrnáctiletí a již zmiňovaná jedna čtrnáctiletá dívka.

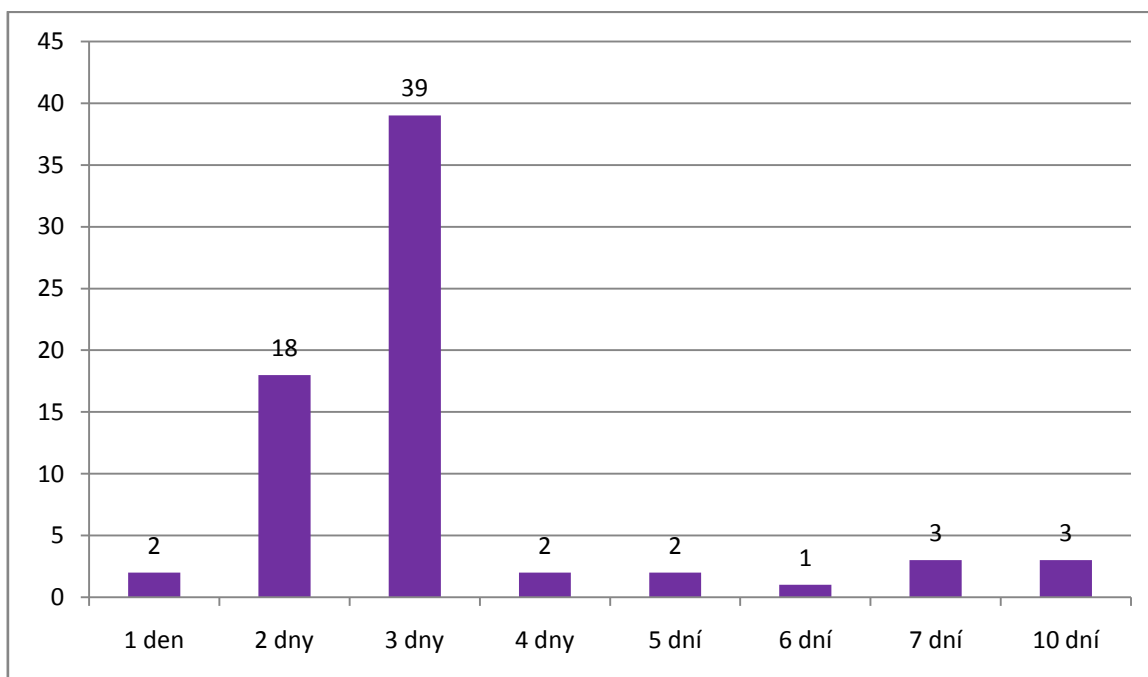


Graf 4 – Počet dětí v rodině



Graf 5 – Pořadí dítěte v rodině

Z grafu 4 a 5 je zřejmé, že největším podílem byly zastoupeny rodiny se dvěma dětmi. Hospitalizované dítě se ve většině případů narodilo jako první nebo druhé v rodině. Zajímavostí bylo, že byla také hospitalizována dvojčata, kdy na zákrok šlo pouze starší z nich, a proto bylo zařazeno mezi děti narozené jako první.



Graf 6 – Délka hospitalizace

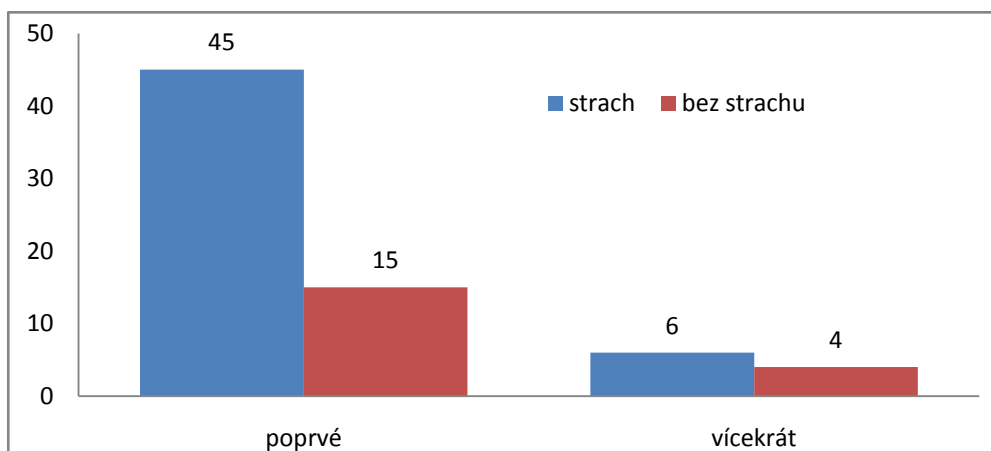
Nejvíce dětí bylo hospitalizováno po dobu 3 dní, další významnou skupinu tvoří děti hospitalizované 2 dny, nicméně některé děti byly hospitalizovány i 10 dní. Většinou se u této delší hospitalizace jednalo o operaci apendixu.

Tabulka 3 – Názor dítěte

	Četnost	%
Ano	14	20
Ne	56	80
Celkem	70	100

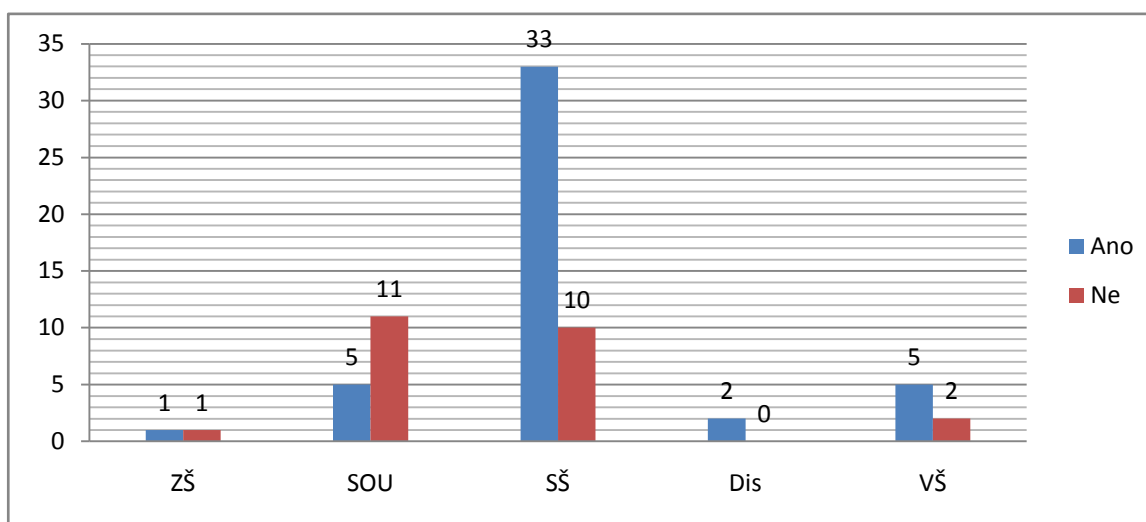
Z tabulky je patrné, že pouze 1/5 hospitalizovaných dětí souhlasila s operací. Ostatní děti na operaci jít nechtěly. Zvláštností je, že jedno dítě se na operaci těšilo.

7.5 Výsledky výzkumu



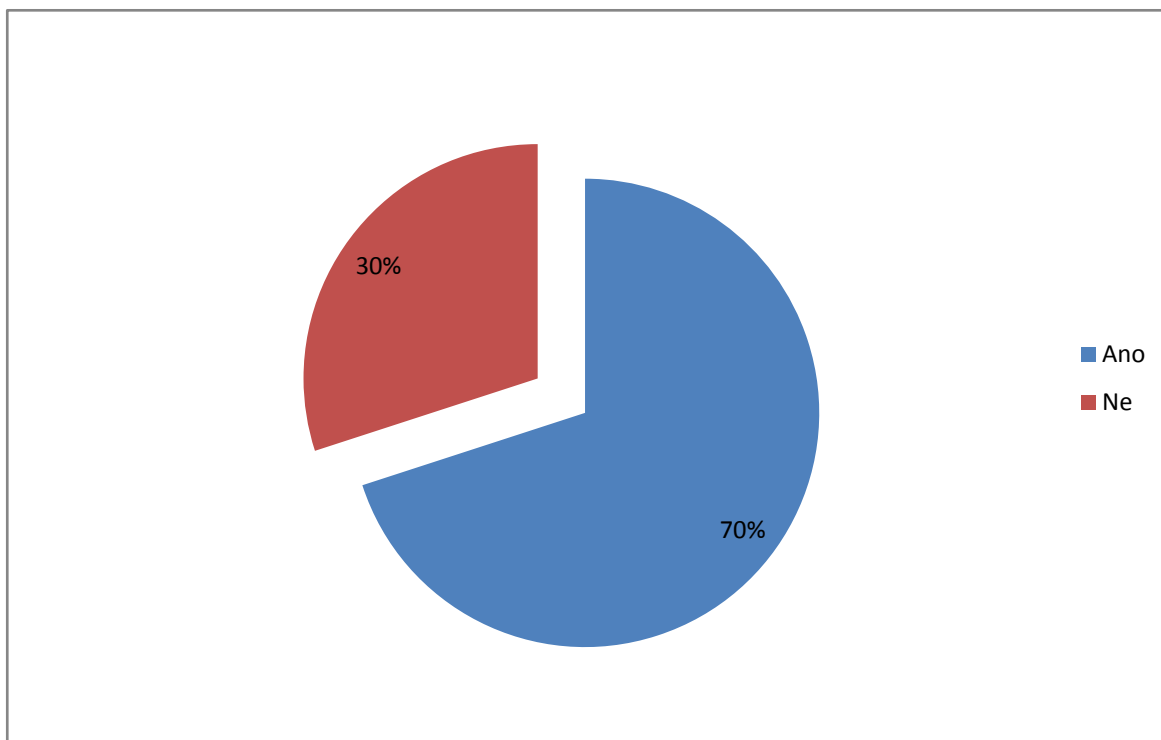
Graf 7 – Strach z operace – zkušenosti s hospitalizací

Počet dětí hospitalizovaných poprvé a počet dětí, které již v nemocnici někdy byly, vyšel v poměru 6:1 z celkového počtu 70 respondentů. Výsledky šetření dále ukazují, že z šedesáti dětí, které byly hospitalizovány poprvé, měla většina z nich strach z nadcházející operace, a to v poměru 3:1. U dětí, které již nějakou zkušenost s hospitalizací měly, nebyl tento rozdíl tak markantní (v poměru 3:2).



Graf 8 – Vzdělání rodiče – informovanost

Z výzkumu je patrné, že vzdělání rodičů nemá žádný zvláštní vliv na předávání informací dítěti. Většina rodičů (téměř 2/3) informovala své dítě o operaci bez ohledu na své nejvyšší dosažené vzdělání.

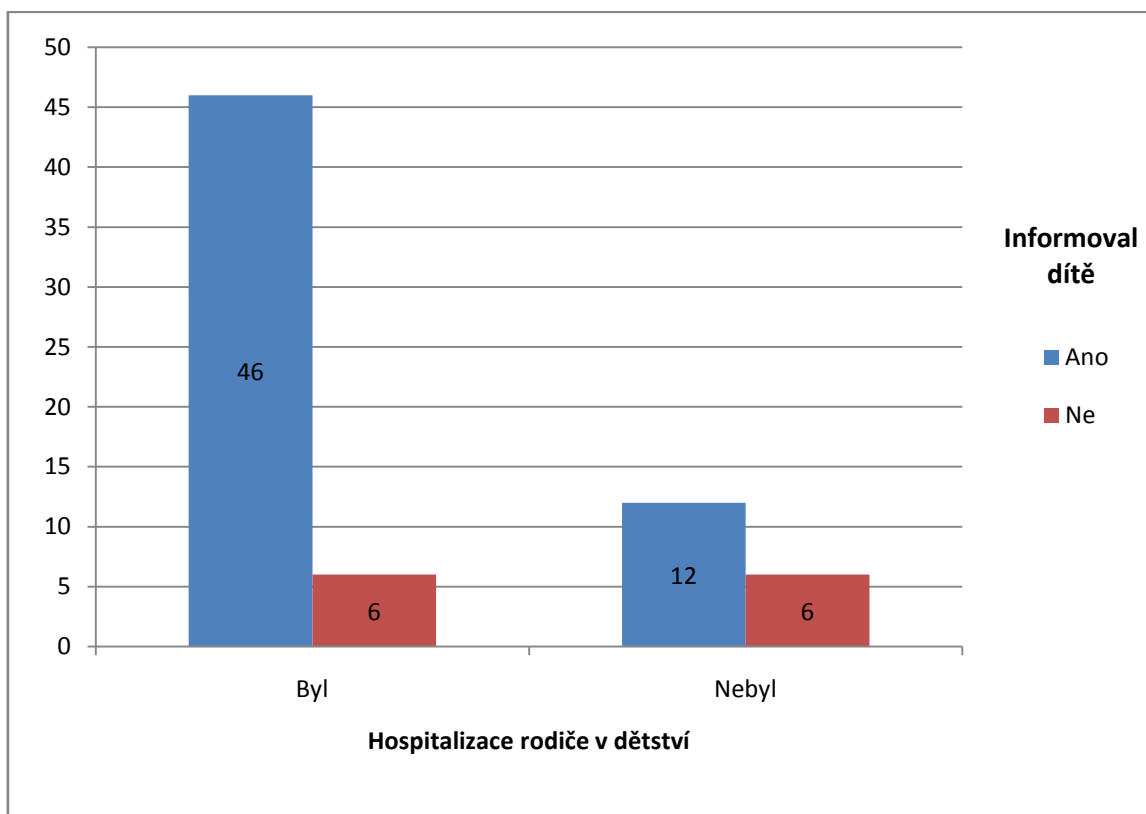


Graf 9 – Rodič hospitalizovaný v dětství

Tabulka 4 – Zkušenost hospitalizovaných rodičů

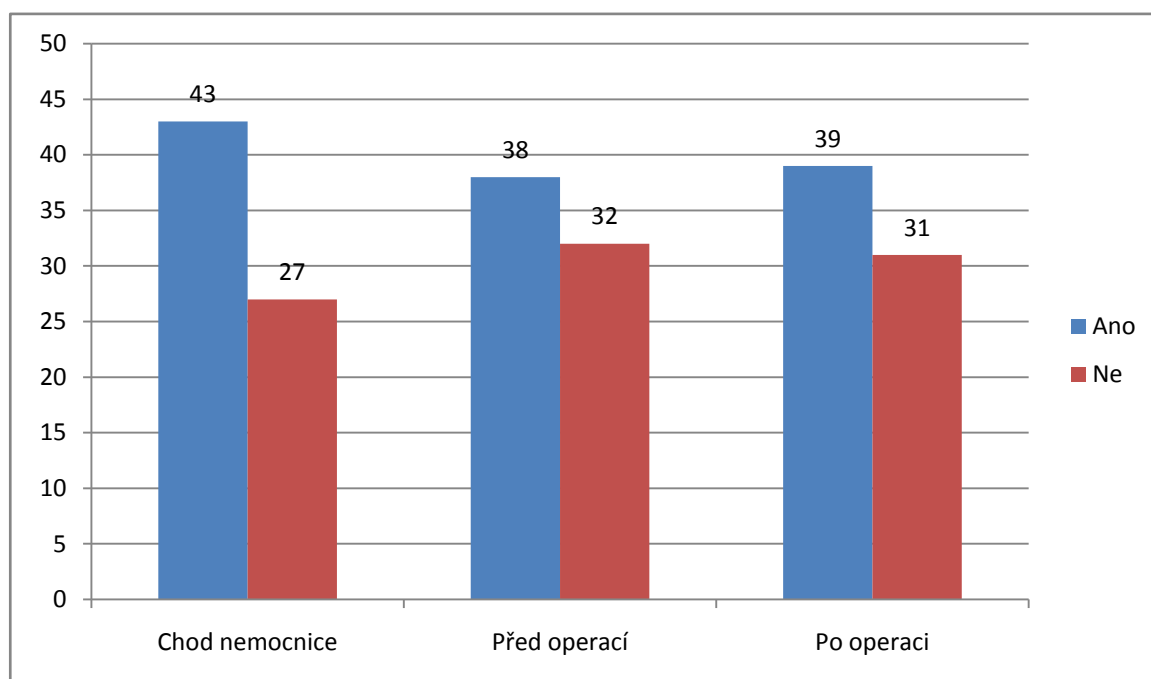
	Četnost	%
Záporná	46	93,9
Kladná	3	6,1
Celkem	49	100

Z grafu 9 vyplývá, že většina rodičů byla v dětství hospitalizována (70 % rodičů). K doplňující otázce, zda je jejich zkušenost z dětství kladná či záporná, se vyjádřili pouze tři z nich kladně. Mezi zápornými zkušenostmi byly výroky typu – „Zkušenost mám ne moc dobrou/špatnou/negativní/stresující/ošklivou“. Jeden rodič dokonce uvedl: „Sestřičky na mě křičely!“



Graf 10 – Rodič hospitalizovaný v dětství – informovanost dítěte o operaci

Z výzkumu je zřejmé, že většina rodičů, kteří byli v dětství hospitalizováni, o operaci své dítě dopředu informovali. U těch, kteří hospitalizování v dětství nebyli, už tak velký rozdíl, mezi tím, zda dítě informovali nebo ne, není (2:1).



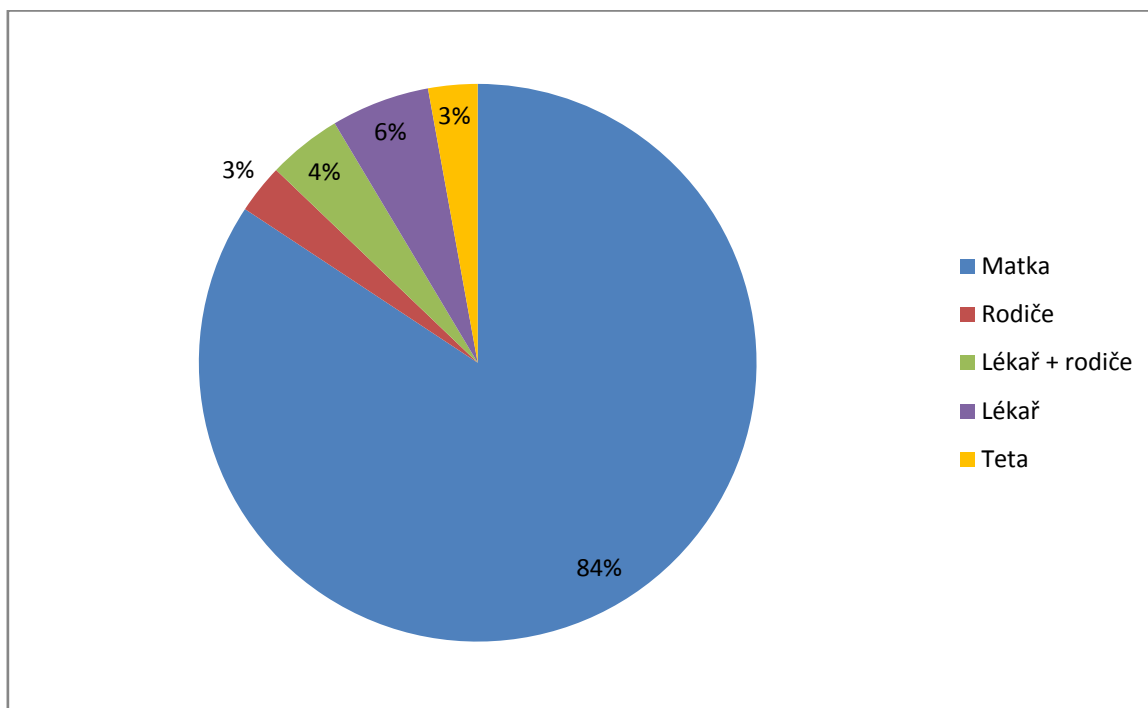
Graf 11 – Informovanost o provozu, před a po operaci

V grafu 11 jsou zpracovány výzkumné otázky č. 8, 9 a 11, které sledovaly informovanost dítěte o chodu nemocnice a provozu oddělení a to, co se dělo před a po operaci. Výzkumem bylo zjištěno, že nejvíce byly děti obeznámeny s provozem nemocnice a oddělení. O něco méně již byly děti informovány o tom, co je čeká před operací a po ní a téměř polovina z nich neměla vůbec žádné informace. Ve čtyřech případech nebylo podle rodičů nutné dítě informovat, protože již bylo v nemocnici podruhé a vědělo, co bude následovat. V jednom případě byly informace sděleny pouze matce, nikoliv dítěti. Ta je však už dítěti nepředala. Někteří rodiče se bránili tomu, aby bylo dítě jakýmkoli způsobem informováno až do poslední chvíle. Podle nich to nebylo nutné. Dítě jelo na operační sál, aniž by cokoli vědělo.

Tabulka 5 – Následné informace

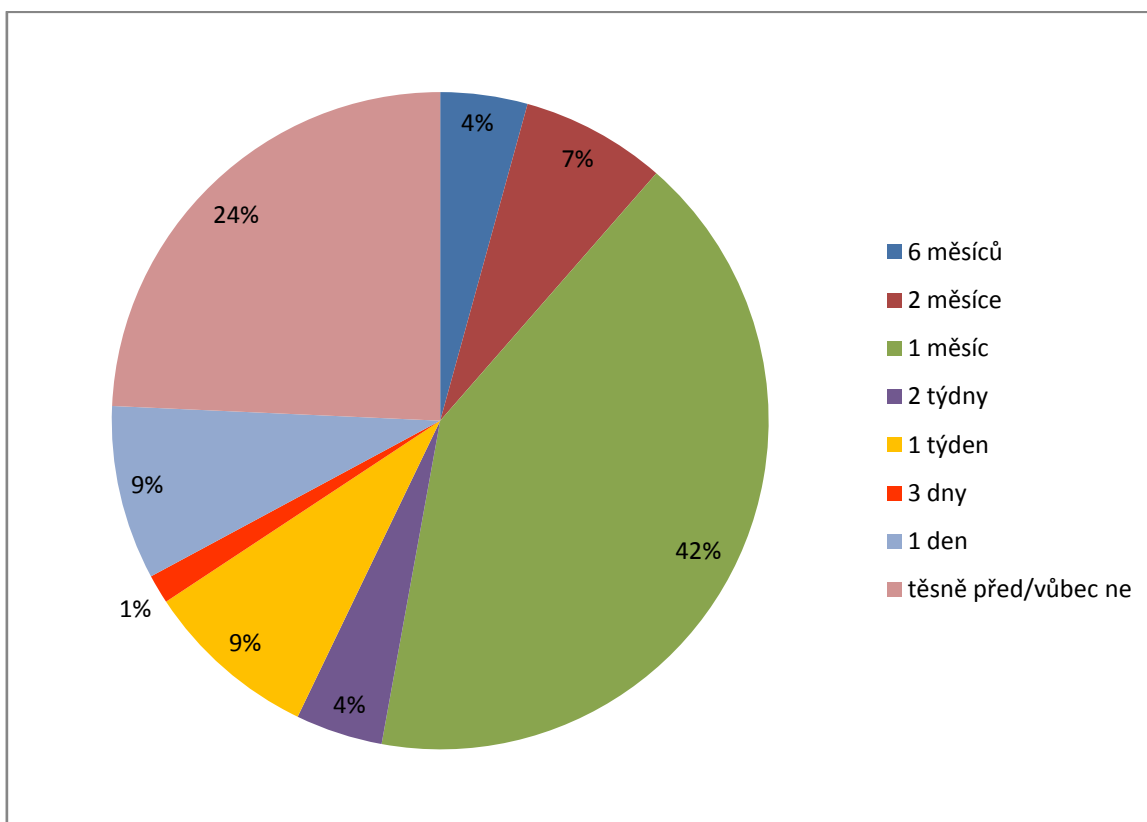
	Četnost	%
Věděl	39	55,7
Nevěděl	31	44,3
Celkem	70	100

Z výzkumné otázky č.13 plyne, že téměř polovina hospitalizovaných dětí neměla žádné povědomí o tom, co bude následovat v nejbližších dnech po propuštění z nemocnice.



Graf 12 – Kdo informoval

Graf 12 ukazuje procentuální zastoupení osob, které dítě o operačním zákroku informovaly. V naprosté většině případů (84 %) bylo dítě informováno pouze matkou. V dalších 3 % oběma rodiči, ve 4 % rodiči ve spolupráci s lékařem. V 6 % případů informoval dítě pouze lékař (rodiče měli obavy z reakce dítěte) a ve dvou případech (3 %) to byla teta – pěstounka.



Graf 13 – Kdy informoval

Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce hospitalizovaných dětí se o operačním zákroku dozvědělo 1 měsíc předem. To je většinou doba, kdy je lékařem stanoven termín operace. Ve třech případech byla tato doba mnohem delší (až půl roku), protože rodiče teprve vybírali, ve které nemocnici bude zákrok proveden, anebo byla operace odložena. Naproti tomu v 17 případech byly děti informovány buď až těsně před operací, anebo vůbec ne. Tady se pouze ve dvou případech jednalo o úraz – zlomeninu, kdy byla operace nutná okamžitě a na přípravu dítěte již nebyl čas. V jednom případě se matka o operaci dozvěděla již před měsícem, ale dítě informovala až den předem, aby se prý zbytečně nestresovalo.

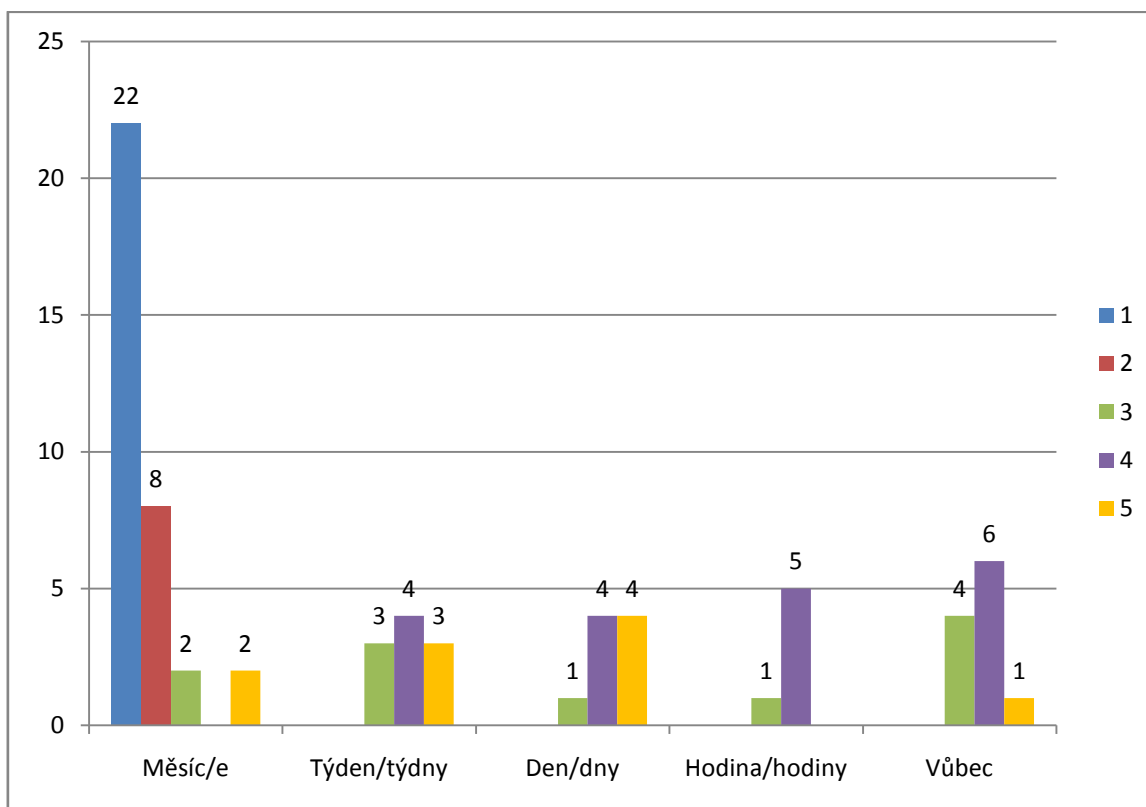
Tabulka 6 – Prožívání zákroku

Škála	Četnost	%
1	22	31,4
2	8	11,4
3	11	15,7
4	19	27,2
5	10	14,3
celkem	70	100

Pro tento výzkum byla vytvořena škála hodnocení prožitku operačního zákroku a následných hodin. Škála:

- 1 – dítě klidné, vyrovnané, bez bolestí, smířené, rozumné, příp. spící
- 2 – dítě klidné, občas s bolestmi - snáší je, řekne si zdravotníkům nebo rodičům o léky na bolest
- 3 – dítě je klidné tak na půl, občas pláče, je nervózní
- 4 – dítě je neklidné, pláče potichu, nahlas nařiká, neustále se dožaduje léků na bolest
- 5 – dítě je hysterické, křičí, pere se, vstává z postele, nedá si nic vysvětlit, rodiče jsou bezradní, dítě nemá nastavené žádné hranice

Z tabulky 6 vyplývá, že více než 31 % dětí snášelo operační zákrok celkem dobře. Byly klidné a vyrovnané. Na druhou stranu více než 14 % dětí bylo hysterických. Některé křičely, praly se, vstávaly z postele, nebylo možné je udržet na místě. Poměrně vysoké procento dětí (přes 27 %) bylo neklidných, plakalo a nařikalo.



Graf 14 – Prožívání dítěte – kdy informoval

Dítě, které prožívalo operační zákrok klidně, vyrovnaně a rozumně, bylo ve 22 případech edukováno v řádu 1 – 2 (6) měsíců před zákrokem. Z toho plyne, že včasná edukace před zákrokem má pozitivní vliv na psychiku dítěte a jeho prožívání celé situace. Všechny děti, které nebyly připravovány na zákrok vůbec, byly neklidné, případně až hysterické, křičely a plakaly.

Tabulka 7 – Rada ostatním dětem

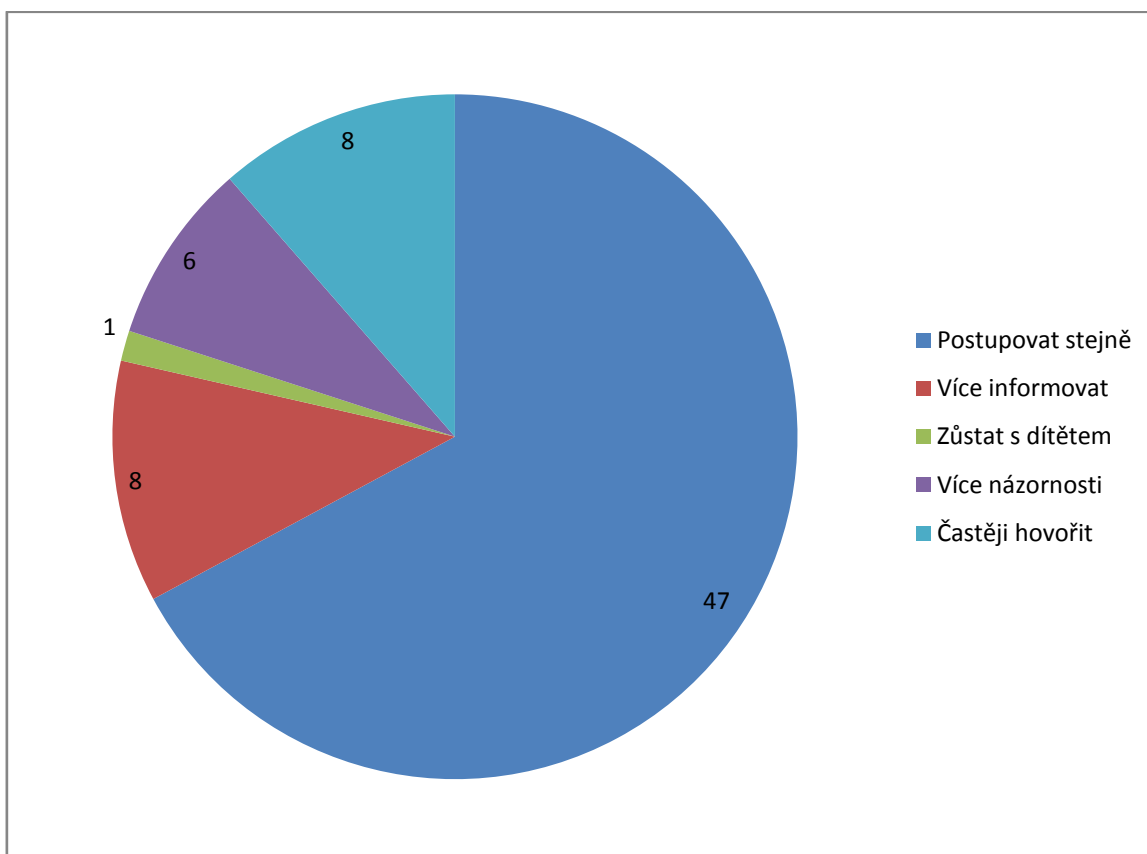
	Četnost	%
At' se nebojí	36	51,4
Bolí, ale dá se to	9	12,9
At' sem nechodí	18	25,7
Nic/nevím	3	4,3
Sežeň si více informací	4	5,7
celkem	70	100

Rady hospitalizovaných dětí pro kamarády, které operace čeká, se daly shrnout do 5 odpovědí.

Převážná většina dětí na výzkumnou otázku č. 14 odpovídala slovy „At' se nebojí“. V osmnácti případech by děti radily kamarádům, at' se tomu vyhnou, at' sem nechodí, že to strašně bolí apod.

Některé z dalších výroků dětí zněly: „Vezmi si s sebou hračky“, „Vezmi s sebou rodiče“, „Nezlob tam“, „Chodí sem klauni“, „Bud' statečný, je to pohoda“, „Pomůžou ti“, „Bolí to, ale jsou tam hodní“, „Dokud můžeš, hodně se napij, ale nemusíš se bát“.

Ve čtyřech případech, dotazníky č. 25, 26, 27 a 43, by děti poradily svým kamarádům, at' si raději zjistí nějaké informace předem.



Graf 15 – Zkušenost rodičů do budoucna

Z výzkumné otázky č.19 vyplynulo, že ve 47 případech by rodiče příště při edukaci svého dítěte postupovali stejným způsobem, i když by v mnoha případech uvítali více informací předem. Osm z nich by chtělo dítěti předat více podrobných informací, 6 rodičů by příště chtělo dítěti vše více názorně vysvětlovat, 8 z nich by o tom chtělo častěji s dítětem hovořit. V jednom případě matka nemohla s dítětem v nemocnici zůstat, ale pro příště by si ten čas určitě našla.

7.6 Interpretace odpovědí na výzkumné otázky – dotazník pro děti

I. část – před výkonem

Otázka č. 1: Kolik ti je let? (pohlaví dítěte)

Celkem se výzkumu zúčastnilo 70 dětí (a jejich rodičů), z toho bylo 29 dívek a 41 chlapců. Sedmiletých dětí bylo celkem 22, osmiletých 21, devítiletých 7, desetiletých dětí bylo 5, jedenáctiletých 6, dvanáctileté děti byly 4, třináct a patnáctileté dítě bylo pouze jedno a čtrnáctileté byly 3.

Otázka č. 2: Jsi tu sám/sama nebo s doprovodem? (s kým?)

Na otázku č. 2 odpovědělo čtrnáct dětí, že jsou hospitalizované samy. Rodiče většinou chodili na návštěvy, někdy zůstávali s dítětem po celý den, ale na noc se vraceli domů. Převážná většina z nich měla doma ještě další děti, o které bylo potřeba pečovat. 56 dětí bylo hospitalizovaných s doprovodem, a to celkem 51 dětí v doprovodu matky a 5 z nich potom v doprovodu otce. U jednoho dítěte se střídaly matka s babičkou, ale matka trávila s dítětem více času, proto byla zařazena do výsledků šetření právě ona.

Otázka č. 3: Kdo ti řekl, že půjdeš do nemocnice?

Na tuto otázku odpovědělo vysoké procento dětí, celých 84 %, že je informovala o nástupu do nemocnice matka. Bylo to v 59 případech. 2 děti byly o hospitalizaci informovány oběma rodiči, 3 děti potom rodiči ve spolupráci s lékařem, 2 děti informovala teta – pěstounka a čtyři děti byly informovány pouze lékařem. Tady se jednalo o případy, kdy si rodiče nebyli jisti, že danou problematiku zvládnou a obávali se sami dítě informovat. Raději to přenechali odborníkovi.

Otázka č. 4: Jak dlouho předem ses to dozvěděl/a?

Děti se o plánovanou operaci dozvídaly v různém časovém odstupu. 3 z nich se to dozvěděly již zhruba šest měsíců předem, protože rodiče nejprve vybírali, do které nemocnice půjdou. U jednoho dítěte byla operace odložena, ale vědělo o ní. Dva měsíce předem se to dozvědělo 5 dětí, dva týdny předem 3 děti, týden napřed 7 dětí. Tři dny před nástupem se o operaci dozvědělo jedno dítě a jeden den předem 8 dětí.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce hospitalizovaných dětí se o operaci dozvědělo asi tak 1 měsíc předem. To je většinou doba, kdy je lékařem stanoven termín operace. Naproti tomu u 17 případů nebyly děti informovány vůbec, anebo až těsně před zákrokem. Tady se pouze ve dvou případech jednalo o úraz, kdy byla operace nutná okamžitě a příprava již nebyla možná. V jednom případě se matka o operaci dozvěděla včas, ale dítěti informace úmyslně tajila do poslední chvíle, aby se prý zbytečně nestresovalo.

Otázka č. 5: Jsi v nemocnici poprvé?

Z celkového počtu 70 dotazovaných dětí bylo 60 z nich v nemocnici poprvé. Pouze 10 jich mělo s hospitalizací nějakou zkušenost a jedno z nich již dokonce opakovanou.

Otázka č. 6: Vysvětlil ti někdo, proč je nutná operace?

Celkem čtyřiceti osmi dětem bylo vysvětleno, proč je operace nutná. Jednomu dítěti sice rodiče vysvětlili, proč je nutná operace, ale už mu zamlčeli, že na ni půjde hned. Dvacet dva dětí nevědělo, proč musí jít na operaci, proč je to nutné, nikdo jim to nevysvětlil. U jedné takové odpovědi devítiletého chlapce, maminka doplnila, že to je jeho názor, ona že by odpověděla přesně naopak.

Otázka č. 7: Měl/a jsi možnost říci, zda chceš jít na operaci?

Na tuto otázku odpovědělo 56 dětí záporně a 14 z nich kladně. To znamená, že jedna pětina dětí se mohla vyjádřit k tomu, zda chce jít na operaci, či nikoli. Paradoxem je, že jedno dítě se na operaci dokonce těšilo. Jednalo se o tzv. „vynětí kovu“ z paže. Dítě se těšilo, že již po operaci bude v naprostém pořádku a snažilo se mít vše co nejdříve za sebou.

II. část – průběh hospitalizace

Otázka č. 8: Řekl ti někdo po nástupu, jak to v nemocnici probíhá a co bude následovat?

Výzkumem bylo zjištěno, že více než polovina dětí byla obeznámena s provozem nemocnice a oddělení. Celkem 43 dětí bylo seznámeno s provozem oddělení, vnitřním řádem nemocnice, Chartou práv hospitalizovaného dítěte atd. 27 dětí informováno nebylo.

Otázka č. 9: Vysvětlil ti někdo, jak to bude vypadat před operací?

Na otázku č. 9 odpovědělo 38 dětí, že jim bylo vysvětleno, jaký bude postup před operací. 32 dětí to nevědělo. Můžeme tedy říci, že o situaci před operací bylo informováno více než 50 % dětí.

Otázka č. 10: Báł/a ses před operací? A pokud ano, tak čeho?

Z výzkumu vyplývá, že 51 dětí na otázku č. 10 odpovědělo kladně – bály se. Pouze 19 dětí se nebálo. Převážná většina dětí na otázku: „Čeho ses báł/a?“ odpovídala výroky: „Bolesti“, „Že neusnu“, „Že to bude bolet“ anebo „Že se neprobudím“.

Otázka č. 11: Vysvětlil ti někdo, jaké to bude po operaci?

Na tuto otázku opět mírně převažovaly kladné odpovědi. Celkem 39 dětí zhruba vědělo, jaké to bude, nebo jaké by to mělo po operaci být, ale třiceti jednomu dítěti to vysvětleno nebylo.

Otázka č. 12: A jaké to opravdu bylo?

Otázka č. 12 navazuje na předchozí otázku a je otázkou otevřenou. Odpovědi na tuto otázku odkazují na graf 14 – prožívání zákroku dítětem. Děti na tuto otázku odpovídaly různě např.: „Spal/a jsem“, „Nic to nebylo“, „Dalo se to vydržet“, „Bolelo to, ale dostal/a jsem léky“ apod. Na druhou stranu ale také děti odpovídaly: „Bylo to hrozné“, „Strašně to bolelo“, „Křičel/a jsem a plakal/a“ apod. Na škále hodnocení prožívání bolesti od jedné do pěti 22 dětí ohodnotilo bolest jedničkou, 8 dětí dvojkou, 11 dětí trojkou. 19 dětí mělo hodnocení 4 a 10 dětí hodnocení 5.

III. část – po operaci

Otázka č. 13: Víš, co bude dál?

Na tuto otázku odpovědělo 39 dětí kladně a 31 záporně. To znamená, že téměř polovina hospitalizovaných dětí neměla žádné povědomí o tom, co bude následovat v nejbližších dnech po propuštění z nemocnice.

Otázka č. 14: Kdyby šel na operaci tvůj kamarád/ka, co bys mu poradil/a?

Na otázku č. 14 by celkem 36 dětí svému kamarádovi odpovědělo, ať se nebojí. To je 51,4 % dotazovaných. 9 dětí odpovědělo, že to bolí, ale nechá se to vydržet, 3 děti nevěděly, 4 děti by poradily, ať si sežene více informací a 18 dětí svého kamaráda varuje, ať sem raději nechodí.

7.7 Interpretace odpovědí na výzkumné otázky – dotazník pro rodiče

Dotazník pro rodiče koresponduje s dotazníkem pro děti, jen otázky jsou trochu jinak formulované. Např. otázka č. 1 pro dítě: Kolik ti je let? (pohlaví dítěte) = otázka č. 1 pro rodiče: Věk a pohlaví dítěte, Váš vztah k dítěti? Dále třeba otázka č. 3 pro dítě: Kdo ti řekl, že půjdeš do nemocnice? = otázka č. 3 pro rodiče: Kdo mu řekl, že půjde do nemocnice? apod. V odpovědích na otázky 1 – 7 se rodiče a děti nerozcházeli.

Otázka č. 5 pro rodiče byla pouze rozšířena o informace o jejich vlastních zkušenostech s hospitalizací.

Otázka č. 5: Je v nemocnici poprvé? Máte Vy vlastní zkušenost s hospitalizací v dětství? Jakou? Ohledně vlastní zkušenosti s hospitalizací odpovědělo 49 rodičů kladně. To znamená, že 70 % rodičů bylo v dětském věku někdy hospitalizováno. 21 rodičů nemělo ze svého dětství žádnou zkušenost s nemocnicí. Z dotazovaného počtu 49 rodičů, kteří byli jako děti někdy hospitalizováni, měli pouze 3 z nich dobrou zkušenost. Ostatních 46 rodičů mělo zkušenost negativní. Tuto zkušenost rodiče vyjadřovali výroky, jako: „Nemám dobrou zkušenost“, „Zkušenost mám špatnou, negativní, stresující, ošklivou...“. Jeden rodič dokonce uvedl, že na něho sestry v nemocnici křičely, že se tam bál apod.

Odpovědi na otázky 8 – 13 byly také shodné, jak u rodičů, tak i u dětí.

Otázka č. 14: Jakým způsobem myslíte, že by se příště měl/a dozvídat podobné informace?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 17 rodičů výroky typu: „Víc detailně“, „Více podrobně“, „Více názorně“, „Víc a mnohem dřív“, „Včas a podrobněji“, „Pravidelně“, „Asi by měl být lépe informován“, „Víc spolu o tom hovořit“ a „Sehnat si informace na internetu“. Ostatní rodiče odpovídali např.: nevím, nijak, stejně, podobně, netuším, nic bych neměnil apod. Dost kontroverzní byla odpověď jednoho otce, že by dítě mělo být informované stejně, na špatně.

Otázka č. 15: Jaká byla délka hospitalizace?

Z odpovědí rodičů vyplynulo, že nejvíce dětí bylo hospitalizováno po dobu 3 dní – celkem 39 dětí. Další významnou skupinu tvořily děti hospitalizované 2 dny – 18 dětí, nicméně některé děti byly hospitalizovány i 10 dní, nebo se jednalo pouze o jedno či dvoudenní hospitalizaci.

Otázka č. 16: Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

U této otázky odpověděli dva rodiče, že mají základní vzdělání, dva potom vyšší odborné vzdělání, 8 středoškolské bez maturity a 7 vysokoškolské. Většina rodičů, 44 z celkového počtu 70, dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou.

Odpovědi na tuto otázku mělo být zjištěno, jestli má nejvyšší dosažené vzdělání rodiče vliv na to, zda předem dítě na operaci připravoval nebo ne.

Z výzkumu je patrné, že vzdělání rodičů nemá žádný zvláštní vliv na předávání informací dítěti. Většina rodičů (téměř 2/3), informovala své dítě o operaci bez ohledu na své nejvyšší dosažené vzdělání.

Otázka č. 17: Jaký je počet dětí v rodině a kolikáté v pořadí je Vaše hospitalizované dítě?

Ve 41 rodinách byly děti dvě, 15 rodin mělo jedináčka a v deseti rodinách byly děti 3. V jedné rodině byly děti čtyři a ve třech rodinách byl jejich počet šest, z toho dvě rodiny byly pěstounské, kde by se tak velký počet dětí dal očekávat.

Největší počet dětí, celkem 40 bylo prvorozených, u 26 rodin bylo hospitalizované dítě narozené jako druhé v pořadí.

Tato otázka neměla žádný zvláštní výzkumný záměr, byla položena spíše pro zajímavost. Potvrdilo se v ní, že téměř všechny menší děti byly hospitalizované s doprovodem, pokud doma neměly ještě mladšího sourozence.

Otázka č. 18: Jak si myslíte, že bylo dítě na zákrok připraveno?

40 rodičů odpovědělo, že dítě bylo na zákrok připraveno dobře, snad dobře, dostatečně. 27 z nich odpovědělo, že bylo dítě připraveno málo, špatně, moc ne, nebylo. 1 odpověď byla – nevím, jedna maminka odpověděla, že dítě bylo připraveno průměrně a jeden tatínek odpověděl, že nikdo není nikdy zcela připraven. Jedna matka přiznala, že dcera připravena nebyla, bála se, co bude a také jedna matka připustila, že syn připraven moc nebyl, psychicky to nezvládl.

Otázka č. 19: Po Vašich zkušenostech, jak byste postupoval/a příště? Na co byste se zaměřil/a?

Přes některé rozporující odpovědi v otázce č. 18, v této otázce 47 rodičů odpovědělo, že by příště postupovali stejně, i když by v mnoha případech uvítali více informací předem. Osm z nich by chtělo dítěti předat více podrobných informací, 6 rodičů by příště chtělo dítěti vše více názorně vysvětlovat, 8 z nich by o tom chtělo častěji s dítětem hovořit.

7.8 Diskuze

Při porovnávání výsledků tohoto výzkumu s výsledky jiných, obdobných výzkumů, byla nalezena práce s názvem Příprava dětí k operaci autorky Zuzany Hlubkové (2012). Cílem jejího výzkumu bylo zjistit vliv vybraných způsobů přípravy dětí k operaci na jejich strach v předoperačním období a prožívání bolesti. Byla použita kvantitativní metoda, a to strukturované pozorování a rozhovor. Výzkumu se zúčastnilo 109 dětí ve věku 2 – 12 let. Přítomnost strachu u dětí byla hodnocena za využití mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA International Taxonomie II - definice a klasifikace 2009 - 2011 a k hodnocení bolesti bylo využito standardizované observační škály CHEOPS a sebehodnotící obličejové škály. Děti byly rozděleny do skupiny experimentální a kontrolní, bylo použito čtyř hodnotících období a děti byly dále rozděleny do dvou věkových kategorií. Šetřením byly zjištěny rozdíly mezi hodnocením strachu u dětí v jednotlivých časových obdobích i mezi jejich skupinami. Z výzkumného šetření vyplynul závěr, že: „*Psychická příprava dítěte k operaci sice nemůže zcela zbavit dítě strachu a bolesti, ale jejím hlavním cílem je pomoci dítěti hledat jeho vlastní vnitřní síly a obranné mechanismy, díky kterým ohrožující situaci zvládne, a posilovat jeho sebevědomí.*“ (Hlubková, 2012)

Ve výzkumu vytvořeném v této diplomové práci bylo k hodnocení bolesti při zákroku použito škály subjektivního hodnocení od 1 do 5. Kdy více než 30 % dětí (rodíčů) hodnotilo bolest jako mírnou, stav po operaci = dítě je klidné. Přes 11 % dětí mělo občasné snesitelné bolesti. 15,7 % dětí bylo nervózních a občas plačtivých. Ovšem přes 27 % dětí bylo neklidných, plakalo a naříkalo a více jak 14 % dětí křičelo a pralo se, docházelo až k záchvatům hysterie. (Tabulka 6 – Prožívání zákroku)

Vědecký výzkum s názvem "Výzkumné šetření zaměřené na zkoumání závislostí mezi věkem a délkou hospitalizace dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich subjektivní pohodou“, autorky Jany Dlouhé (2011). Vlastní výzkum byl realizován v letech 2009 – 2010. Základní výzkumnou otázkou bylo, zda existuje vztah mezi vnímáním hospitalizace a osobnostními charakteristikami dětí včetně sociální opory? Bylo stanoveno i několik dalších výzkumných otázek ohledně subjektivního prožívání hospitalizace u dětí

v závislosti na jejich věku a délce hospitalizace, atmosféry na dětském oddělení, sociální opory nabízené pracovníky pomáhajících profesí a zažívání předmětného strachu nebo úzkosti během hospitalizace.

V práci byl použit Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP, Test sociální opory a osobnostní anketa. Děti byly rozděleny podle diagnóz a věku, dále potom podle délky hospitalizace – na hospitalizované krátkodobě a dlouhodobě. Autorka svým šetřením navázala na jiný výzkum, prováděný týmem pod vedením Mareše v roce 2001. Ve svém výzkumu analyzovala subjektivní pohodu u dětí, pozitivní postoj k životu, prožívané problémy, somatické potíže, sebeúctu, depresivní nálady a radost v životě. Z výzkumu vyplynulo, že 50 % dětí bylo v nemocnici poprvé, z toho některé se nebály vůbec, další potom se zpočátku bály a následně už ne a některé děti se bály něčeho pořád. U dětí, které již měly s hospitalizací předchozí zkušenosti, byly výsledky obdobné. V podstatě se dá říci, že 50% dětí se nikdy v nemocnici nebálo, ať už měly předchozí zkušenost s hospitalizací či nikoli. U ostatních dětí se jednalo buď o úzkost „ze všeho“, anebo o předmětný strach – z injekcí, vyšetření, odběrů, operace. Děti, které již předchozí zkušenost s hospitalizací měly, nezažívaly neurčitou úzkost z nemocnice jako takové, ale jednalo se o strach předmětný.

Ve výzkumu zde předkládaném podle Grafu 7 - Strach z operace – zkušenosti s hospitalizací; počet dětí hospitalizovaných poprvé a počet dětí, které již v nemocnici někdy byly, vyšel v poměru 6:1 z celkového počtu 70 respondentů. Výsledky šetření dále ukazují, že z šedesáti dětí, které byly hospitalizovány poprvé, měla většina z nich strach z nadcházející operace, a to v poměru 3:1. Celých 75 % dětí, které doposud neměly s hospitalizací žádnou zkušenost, mělo strach a obavy. U dětí, které již nějakou zkušenost měly, nebyl tento rozdíl tak markantní.

V otázce č. 9 ve výzkumném šetření Dlouhé (2011) bylo zjišťováno, kdo dítě informoval o tom, co mu je a co se s ním bude dít, co ho čeká? V celých 85 % informoval děti zdravotnický personál, ať už lékař, zdravotní sestra, anebo oba dohromady, příp. lékaři informovali rodiče a ti následně zprostředkovaně informovali dítě.

Z předkládaného výzkumu plyne, že v 84 % dítě o operaci informovala matka, ve 3 % oba rodiče, ve 4 % rodiče ve spolupráci s lékařem a v 6 % potom pouze lékař. (Graf 12 – Kdo

informoval). Kolem 40 % dětí bylo informováno rodiči ohledně chodu nemocnice a provozu oddělení, ohledně situace před operací a těsně po ní. Rodiče měli povětšinou informace zprostředkované od zdravotníků. (Graf 11 – Informovanost o provozu, před a po operaci). Podle Tabulky 5 – Následné informace, neměla téměř polovina hospitalizovaných dětí žádné povědomí o tom, co bude následovat v nejbližších dnech po propuštění z nemocnice.

Dlouhá (2011) ve svém výzkumu v otázce č. 12 zjišťovala, co by děti poradily svému kamarádovi, když by šel do nemocnice. Nejčastější odpovědi byly: „Ať se nebojí“, „Jsou tu hodní“, „Vezmi si s sebou něco, aby ses nenučil“, „Pomůžou ti tady“, „Nic to není“, „Dobře to dopadne“ a „Musí se to vydržet“.

V předkládaném výzkumu podle tabulky č. 7 nejvíce dětí odpovědělo výrokem: „Ať se nebojí“ – celých 51,4 %. Dále potom: „Bolí to, ale nechá se to vydržet“, „Raději sem nechod!“ anebo „Sežeň si více informací“.

Výsledky výzkumu prokázaly souvislost včasné informovanosti dětí o operačním zákroku s jeho následným prožíváním. 42 % dětí bylo o operaci informováno alespoň jeden měsíc předem, ale celých 24 % nebylo informováno vůbec, anebo jen těsně před zákrokem. Někteří rodiče se dokonce snažili celou situaci před dítětem tajit do poslední chvíle, ještě při cestě na operační sál, kam ho doprovázeli. Za zavřenými dveřmi potom pro dítě nastal obrovský šok, protože absolutně nevědělo, co se bude dít.

Graf 14 porovnává prožívání operačního zákroku dítětem v závislosti na tom, jak dlouho před ním bylo dítě informováno. Potvrdilo se, že včasná edukace má určitě pozitivní vliv na psychiku dítěte, jeho vnímání a prožívání celé situace. Všechny děti, kterým rodiče o zákroku předem nic neřekly, nenesly celou situaci vůbec dobře. Byly v lepším případě neklidné až vzdorovité, v tom horším případě křičely a byly až hysterické. V jednom případě dokonce přiběhla maminka za zdravotnickým personálem s prosbou o pomoc, že si neví rady s jedenáctiletým synem, který se s ní pere, kope do ní, křičí a nadává jí, bije jí pěstmi, kdykoliv se k němu jen přiblíží. Maminka se mu vše snažila vysvětlit a domlouvala mu. Musela přijít zdravotní sestra a mírně razantně u chlapce zasáhnout. Chlapec se zklidnil a posléze usnul. Tady v tomto případě zrovna nebyly u dítěte nastaveny naprosto žádné hranice, což bylo potvrzeno v následujících dnech po operaci, kdy se chlapec

k matce i nadále choval jako „malý tyran“ a maminka vše trpělivě snášela, protože „malý“ byl vlastně, chudáček, po operaci.

Autorčin názor je pravděpodobně lehce ovlivněn "autorskou slepotou", ale nicméně výzkum potvrdil domněnku, že by se včasnou a pravidelně se opakující edukací situace pro hospitalizované dítě a jeho psychické prožívání mohla zlepšit, protože včasná edukace před zákrokem má pozitivní vliv na psychiku dítěte.

Cílem této práce bylo zjistit připravenost dětí na plánované operační zákroky. Výzkumem bylo zjištěno, že některé děti nebyly informovány vůbec, některé jen částečně, ale nikoli komplexně a dostatečně.

Na výzkumnou otázku č. 6, zda někdo vysvětlil dítěti (informoval ho), proč je nutná operace, odpovědělo kladně 53 respondentů a záporně 17 z nich. Celkem sedmnáct rodičů buď neinformovalo děti vůbec, anebo až těsně před zákrokem. Můžeme tedy odpovědět, že většina dětí byla nějakým způsobem připravována.

Z výzkumné otázky č. 3 – „Kdo ti řekl, že půjdeš do nemocnice?“ vyplývá, že v 84 % informovala dítě o zákroku matka. V zanedbatelném množství případů dítě informovali oba rodiče společně, rodiče společně s lékařem, ve 2 % to byla teta a v 6 % potom to byl pouze lékař. V tomto případě se rodiče obávali reakcí dítěte a nechali tedy vysvětlování na odborníkovi. V naprosté většině případů tedy informovala dítě matka a jednalo se o ústní vysvětlování a diskuzi o problému.

Z výzkumných otázek č. 8, 9 a 11, které sledovaly informovanost dítěte o chodu nemocnice a provozu oddělení a o tom, co se dělo před a po operaci bylo zjištěno, že nejvíce byly děti obeznámeny s provozem nemocnice a oddělení. O něco méně již byly děti informovány o tom, co je čeká před operací a po ní a téměř polovina z nich neměla vůbec žádné informace. Ve čtyřech případech nebylo podle rodičů nutné dítě informovat, protože již bylo v nemocnici podruhé a vědělo, co bude následovat.

Z výzkumné otázky č.13, je zřejmé, že téměř polovina hospitalizovaných dětí neměla žádné informace o tom, co bude následovat v nejbližších dnech po propuštění z nemocnice.

Odpovědi na výzkumnou otázku č. 4 – „Jak dlouho předem ses to dozvěděl/a?“ nám ukázaly, že 42 % dětí se o operaci dozvědělo v předstihu jednoho měsíce. To zhruba odpovídá době stanovení termínu operace. Stejně procento zastoupení potom měla odpověď „2 týdny“ a „6 měsíců“. Zhruba stejné procentuální zastoupení měla doba informovanosti před zákrokem v délce dvou měsíců, jednoho týdne a jednoho dne. Ale celých 24 % dětí bylo informováno o zákroku až těsně před ním, anebo nebylo informováno vůbec.

V nemocnici chybí podrobnější edukační materiál, nachází se zde pouze jakýsi manuál pro rodiče ohledně anestezie dítěte. Tento materiál je k dispozici na nástěnce oddělení – několik stran textu. (Příloha č. 7)

Po osobním ústním dotazování, zda by rodiče uvítali, kdyby byl k dispozici edukační materiál, bylo zjištěno, že většina rodičů byla pro to. 45 z nich odpovědělo, že ano, 5 – možná, 7 z nich neví nebo to neumí posoudit. 3 z rodičů odpověděli, že ne a deseti to bylo jedno.

Celý výzkum má samozřejmě své limity. Docházelo k problémům při výběru respondentů, kdy poměrně velké množství z nich odmítlo dotazník vyplnit, v některých případech se děti zúčastnit výzkumu chtěly, ale nesouhlasili rodiče. Na rozhovory s rodiči o tom, zda by dotazník vyplnili, bylo poměrně málo času. Některé otázky nebyly možná až tak dobře formulované, až při výzkumu bylo zjištěno, že někteří respondenti pochopili jejich smysl jinak, než bylo míněno. Ústním dotazováním došlo ke zpřesnění odpovědí a ujištění se o pochopení významu otázek.

Na druhou stranu velkým pozitivem vyplývajícím z výsledků výzkumu je rozhodnutí vedení nemocnice o vytvoření edukačních materiálů pro děti a rodiče.

8 Závěr

Cílem zde představeného výzkumu bylo zjistit, jak jsou děti připravené na operační zákrok.

Hlavní důvod, pro napsání této práce, byla vlastní zkušenost s tím, jak děti na chirurgickém oddělení prožívají situace pro ně tak nepříjemné. Jedná se o dobu před a těsně po operačním zákroku.

Asi můžeme souhlasit s názorem, že žádná edukace není zbytečná, ale v současné době ji ještě spousta zdravotníků i velká většina rodičů stále podceňuje.

Strach z lékaře a veškerých léčebných úkonů lze mírnit a odstraňovat různými způsoby. Každý kontakt s lékařem nebo dalším zdravotnickým pracovníkem by měl probíhat v příznivé atmosféře, s dítětem má být jednáno vlídně a klidně, s přihlédnutím k jeho psychické úrovni a samozřejmě i k jeho zdravotnímu stavu. Rodič, jehož přítomnost je u malých, nebo i starších úzkostnějších dětí, v ordinaci či během pobytu v nemocnici vysoce žádoucí, by měl dítě připravit na tyto situace bez strašení nebo zase naopak bez vytváření falešných iluzí.

Velký prostor pro zlepšení informovanosti dítěte je již od samého počátku hospitalizace.

Po příchodu dítěte na oddělení se mu dostane pouze povrchních informací o provozu a režimu dne. Večer při vizitě je dítě opět krátce informováno o tom, co bude následovat druhý den, jak bude vypadat předoperační příprava. Ovšem o tom, co se s ním bude dít po příjezdu na operační sál, je už dítě informováno minimálně. Jedinou možností, jak se děti mohou s prostředím operačního sálu obeznámit, jsou fotky anebo obrazový materiál.

Je to velký rozdíl oproti Velké Británii, kolébce „Herních specialistů“, kde jsou v mnoha nemocnicích pořádána pravidelná sobotní setkávání rodičů a dětí, které mají být přijaty na plánovaný operační zákrok.

Další prostor pro zlepšení edukace se potom nabízí v pooperační péči. Děti po operaci jako největší potíže uváděly bolest. Na tomto podkladě jsou sice dětem aktivně nabízena analgetika, ale žádné další možnosti už využívány nejsou. Do budoucna by bylo dobré zlepšit přípravu dětí na bolest a možnosti zmírňování a odstraňování bolesti i jinými metodami.

K informovanosti dětí ze strany zdravotníků dochází většinou ústním podáním a tady již narážíme na problém nedostatku časového prostoru k edukaci. V tomto případě se nabízí jako ideální řešení zřízení pozice herního terapeuta, který by se mohl předoperační přípravě v dostatečné míře věnovat. Z finančních důvodů se však zatím tento záměr nepodařilo prosadit.

Ze statistiky nemocnice vyplývá, že v roce 2018 bylo provedeno celkem 497 operací. Ve zkoumaném období jich tedy mohla být zhruba polovina. Jedná se tedy o dost velký počet malých pacientů, pro které by adekvátní předoperační příprava byla užitečná.

Podle mého názoru by bylo také vhodné širší zapojení rodičů v této oblasti. Již při první návštěvě ambulance by v čekárně měly být různé edukační materiály, obrázky, letáky, fotografické manuály apod. V nemocniční televizi by mohly v pravidelných intervalech běžet krátké instruktážní filmy např. ohledně operace, úrazu, zlomeniny apod.

Ve spolupráci s vrchní sestrou byly z prostředí dětského oddělení pořízeny fotografie. Hlavní postavou zde je plyšový medvěd, zachycený v různých odpovídajících situacích, ke kterým může dojít při různých typech lékařských zákroků. Za pomoci těchto fotografií se plánuje vytvoření edukačních materiálů, které by metodicky vhodným a názorným způsobem informovaly děti i rodičovskou veřejnost. Informovaný rodič je pak schopen, ve spolupráci se zdravotníky, hrát odpovídající roli ve prospěch svého dítěte.

Podle mého názoru by tyto materiály měly k dispozici v tištěné formě, ideálně by je rodiče, pokud by měli zájem, mohli dostat ve formě CD s sebou domů hned při stanovení termínu operace a dále by měly být přístupné na webových stránkách nemocnice.

Když přijde do nemocnice kvalitně připravené dítě, které ví, co ho čeká, je každá spolupráce s ním daleko jednodušší.

Z toho vyplývá, že edukace dětí před operačním výkonem je nezbytná pro snadnější zvládnutí celého období hospitalizace a dosažení cíle, jakým je zdravé a hlavně klidné, spokojené a psychicky vyrovnané dítě.

9 Seznam použitých informačních zdrojů

Literární zdroje:

DLOUHÁ, Jana, DLOUHÝ, Martin. *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. 1. vyd. Praha: UK Praha, Pedagogická fakulta, 2015. 306 s. ISBN 978-80-7290-838-7.

HOSKOVCOVÁ HORÁKOVÁ, Simona, SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, Lucie. *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2206-1.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4

JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7464-051-3.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologické eseje (z konce kariéry)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 209 s. ISBN 80-246-0892-8

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H a H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-262-0000-0

PRAŠKO, Ján a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Olomouc: UPOL, 2010. 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 411 s. ISBN 80-7178-997-6.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-35-93-1.

SKUTIL, Martin, KŘOVÁČKOVÁ, Blanka, MANĚNOVÁ, Martina. *Psaní odborných textů a tvorba elektronických prezentací ve společenských vědách*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 38 s. ISBN 978-80-7435-503-5.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 3. dotisk 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 170 s. ISBN 80-7184-488-8

VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc, 2008, 91 s. ISBN 978-80-244-2137-7.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 80-7178-830-9.

VODOVÁ, A., MAREŠ, J.: *Učitelky a vychovatelky speciální školy při nemocnici jako zdroj opory pro hospitalizované děti*. In: Mareš, J. a kol.: *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 110-117 s. ISBN 80-86225-19-4.

Internetové zdroje:

HLAVÁČKOVÁ, Eva, Jana URBANOVÁ a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Herní terapie v českých nemocnicích* [online]. [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/17.pdf>

HLUBKOVÁ, Zuzana. *Příprava dětí k operaci*. Ostrava, 2012. diplomová práce (Mgr.). Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta

JEŽKOVÁ, Zuzana. *Když je dítě v nemocnici ...* [online]. [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek7809.htm>

KALOUSOVÁ, Jana, Blanka ROUSKOVÁ, Daniela PACHMANNOVÁ a Jitka STÝBLOVÁ. *Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>

MALÁ, Eva. *Úzkostné poruchy v dětství* [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1348558673.pdf>

Červený nos: N.O.S. - Na operační sálu [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://cerveny-nos.sk/programy/n-o-s/>

Oblastní nemocnice Kolín [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.nemocnicekolín.cz/o-oddeleni/d-1033/p1=1085>

ONDŘIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ. *Vybrané atribúty v liečbe pooperačnej bolesti u detí: Katedra ošetrovatel'stva FZO PU v Prešove* [online]. 2013 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2013/03/07.pdf>

ROŠKOVÁ, Silvia. *Bolest - fyziologie, fáze a léčba* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>

STROUHALOVÁ, Pavla. *Herní terapie v nemocnicích* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/herni-terapie-v-nemocnicich-453234>

MAREŠ, Jiří a ŽOFKA, Jan. *Školy při nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních* [online]. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/-cesko-slovenska-pediatric/2016-2-2/skoly-pri-nemocnicich-a-dalsich-zdravotnickych-zarizenich-58090>

ZŠ, MŠ a PŠ Kolín: *ŠVP školy při nemocnici* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <http://www.zskolin.cz/zs-ms-dokumenty.php?folder=%C5%A0VP>

Články

The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children, by S Merkel and others, 1997, *Pediatr Nurse* 23(3), p. 293–297. Copyright 1997 by Jannetti Co. University of Michigan Medical Center in KALOUSOVÁ, Jana, Blanka ROUSKOVÁ, Daniela PACHMANNOVÁ a Jitka STÝBLOVÁ. *Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>

McGratf et al. CHEOPS: A behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F (Eds), *Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 9., Raven, New York, 1990, 395–402 in KALOUSOVÁ, Jana, Blanka ROUSKOVÁ, Daniela PACHMANNOVÁ a Jitka STÝBLOVÁ. *Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>

JAKUBEKOVÁ, Jarmila, DOBIÁŠOVÁ, Eva. 2010. Vliv prostředí chirurgického pracoviště na psychiku dítěte. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 77-79. ISSN 1210-0404.

Ústní zdroj

SMETANOVÁ, Štěpánka. ONK, Žižkova 146, Kolín III, 29.3.2019

10 Seznam příloh

Příloha 1 - Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu. (<http://www.klicek.org/text/hospital/charta.html>)

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace (National Association for the Welfare of Children in Hospital NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

Příloha 2 - Dotazník pro děti

I. část – před výkonem

1. Kolik ti je let? (pohlaví dítěte)
2. Jsi tu sám/sama nebo s doprovodem? (s kým?)
3. Kdo ti řekl, že půjdeš do nemocnice?
4. Jak dlouho předem ses to dozvěděl(a)?
5. Jsi v nemocnici poprvé?
6. Vysvětlil ti někdo, proč je nutná operace?
7. Měl(a) jsi možnost říci, zda chceš jít na operaci?

II. část – průběh hospitalizace

8. Řekl ti někdo po nástupu, jak to v nemocnici probíhá a co bude následovat ?
9. Vysvětlil ti někdo, jak to bude vypadat před operací?
10. Báł(a) ses před operací? A pokud ano, tak čeho?
11. Vysvětlil ti někdo, jaké to bude po operaci?
12. A jaké to opravdu bylo?

III. část – po operaci

13. Víš, co bude dál?
14. Kdyby šel na operaci tvůj kamarád/ka, co bys mu poradil/a?

Příloha 3 - Dotazník pro rodiče

I. část – před výkonem

1. Věk a pohlaví dítěte, Váš vztah k dítěti?
2. Je tu samo nebo s doprovodem? (s kým?)
3. Kdo mu řekl, že půjde do nemocnice?
4. Jak dlouho předem se to dozvěděl(a)?
5. Je v nemocnici poprvé? Máte Vy vlastní zkušenost s hospitalizací v dětství? Jakou?
6. Vysvětlil mu někdo, proč je nutná operace?
7. Diskutoval(a) jste s dítětem, zda chce jít na operaci?

II. část – průběh hospitalizace

8. Byl(a) jste s ním při nástupu do nemocnice a vysvětlil(a) mu provoz oddělení a to, co bude následovat ?
9. Vysvětlil mu někdo, jak to bude vypadat před operací? Mluvili jste o tom?
10. Báł(a) se před operací? A pokud ano, tak čeho?
11. Vysvětlil mu někdo, jaké to bude po operaci?
12. Jak to probíhalo hned po operaci?

III. část – po operaci

13. Vysvětlil(a) jste mu, co bude následovat v dalších dnech po propuštění z nemocnice?
14. Jakým způsobem myslíte, že by se příště měl(a) dozvídat podobné informace?

D – ostatní údaje

15. Jaká byla délka hospitalizace?
16. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
17. Jaký je počet dětí v rodině a kolikáté v pořadí narozené je Vaše hospitalizované dítě?
18. Jak si myslíte, že bylo dítě na zákrok připraveno?
19. Po Vašich zkušenostech, jak byste postupoval(a) příště? Na co byste se zaměřil(a)?

Příloha 4

POMÁHEJ

Ptej se dítěte na bolest.

Ohodnoť bolest podle škály.

Měř změny fyziologických funkcí a zhodnoť chování.

Aktivní účast rodičů.

Hledej příčinu bolesti nebo zhoršení.

Eliminuj faktory z okolí, které mohou bolest zhoršovat.

Jednej: proved' opatření proti bolesti a zhodnoť účinek.

Škála hodnocení bolesti podle obličejů



Tato škála má rozmezí od 0 do 5 bodů. Existuje i upravená škála podle Hicksové, která má rozmezí do 10 bodů: každý obličej má dvojnásobnou hodnotu.

Podle Hicksové má osoba, která dítěti škálu ukazuje, použít následující komentář: „Tyhle obličeje ukazují, jak moc může něco bolet. Tenhle obličej (*ukaz na obličej nejvíce vlevo*), znamená, že nic nebolí. Další obličeje ukazují větší a větší bolest (*ukazuj na jeden po druhém zleva doprava*) až tenhle (*ukaz na obličej nejvíc vpravo*) ukazuje moc velkou bolest. Ukaž mi obličej, který ukazuje, jak velkou bolest máš (zrovna teď) ty.“

Podstatou je, aby dítě pochopilo, že obličeje nepředstavují je samotné, ale jejich bolest!

Stupnice FLACC

Kategorie	Hodnocení		
	0	1	2
Obličej (Face)	žádný určitý výraz nebo úsměv	občas se zamračí nebo zašklebí, bez zájmu, stažený do sebe	často nebo stále se mu třese brada, sevřené čelisti
Nohy (Legs)	normální pozice nebo uvolněné	neklidné, napjaté	kope nebo má nohy přitažené k břichu
Aktivita	leží klidně, normální pozice, uvolněně se pohybuje	napjatý, kroutí se, vrtí se tam a zpět	napjatý do oblouku, hází sebou, strnulý
Pláč (Cry)	nepláče (spí nebo je vzhůru)	naříká, kňourá, občas si stěžuje	stále pláče, ječí nebo vzlyká, často si stěžuje
Uklidnění (Consolability)	spokojený, uvolněný	uklidní se občasným dotykem, pohlazením, tím, že se na ně mluví, dá se odvést pozornost	je obtížné ho utěšit nebo uklidnit

Přeloženo podle The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children, by S Merkel and others, 1997, *Pediatric Nurse* 23(3), p. 293–297. Copyright 1997 by Jannetti Co. University of Michigan Medical Center.

Příloha 5

Škála bolesti pro děti od 1 do 7 let – součet nad 8 bodů znamená bolest (CHEOPS)

Položka	Projev	Popis
Pláč	Nepláče	1 Dítě nepláče.
	Fňuká	2 Dítě fňuká nebo tiše pláče.
	Pláče	2 Dítě pláče, ale pláč je mírný.
	Křičí	3 Dítě pláče z plných plic, vzlyká, může si stěžovat i slovy.
Obličej	Klidný	1 Neutrální výraz obličeje.
	Grimasa	2 Boduj pouze jasně negativní obličeje.
	Úsměv	0 Boduj pouze jasně pozitivní výraz obličeje.
Co dítě říká	Nic	1 Dítě nemluví.
	Jiné stížnosti	1 Dítě si stěžuje, ale ne na bolest. Např. „Chci maminku,“ nebo „Mám žízeň.“
	Stížnosti na bolest	2 Dítě si stěžuje na bolest.
	Obojí stížnosti	2 Dítě si stěžuje na bolest i jiné věci. Např. „Bolí to, chci maminku!“
	Mluví pozitivně	0 Dítě něco kladně hodnotí nebo mluví o různých věcech a nestěžuje si.
Trup	Neutrální	1 Tělo (ne končetiny) je v klidu. Trup se aktivně nepohybuje.
	Vrtí se	2 Tělo je v pohybu, posouvá se, kroučí se jako had.
	Napjatý	2 Tělo je do oblouku nebo strnulé.
	Třese se	2 Tělo se chvěje nebo mimovolně třese.
	Vzpřímený	2 Dítě je ve vertikální nebo vzpřímené poloze.
	Připoutaný	2 Tělo je připoutané.
Dotyk	Nedotýká se	1 Dítě se nedotýká rány.
	Sahá	2 Dítě sahá směrem k ráně, ale nedotýká se jí.
	Dotýká se	2 Dítě se jemně dotýká rány nebo bolestivé oblasti.
	Chňapá	2 Dítě rázně chňape po ráně.
	Připoutaný	2 Dítě má připoutané ruce nebo mu je někdo přidržuje.
Nohy	Neutrální	1 Nohy jsou v jakékoli pozici, ale jsou uvolněné. Jemné pohyby jako při plavání.
	Kroucení/kopání	2 Zřetelně nepokojné, neklidné pohyby nohou anebo kopání nohama.
	Přitažená/napjaté	2 Nohy jsou napjaté nebo přitažené pevně k tělu a nehýbou se.
	Stojí	2 Stojí, sedí na bobku, klečí.
	Připoutané	2 Dítě má připoutané nohy nebo mu je někdo přidržuje.

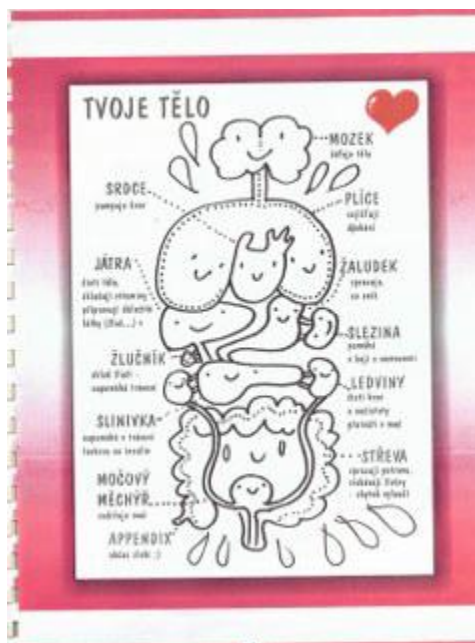
Přeloženo podle McGratf et al. CHEOPS: A behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F (Eds), *Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 9., Raven, New York, 1990, 395–402.

Příloha 6

Škála bolesti pro děti do jednoho roku – součet nad 3 body znamená bolest (NIPS)

HODNOCENÍ BOLESTI		Součet
Výraz obličeje		
0 – Uvolněné svaly	Klidná tvář, neutrální výraz.	
1 – Grimasa	Napjaté mimické svaly; svraštělé obočí, brada, zařatá čelist (negativní výraz obličeje – nos, ústa, obočí).	
Pláč		
0 – Žádný pláč	Tichý, nepláče.	
1 – Fňukání	Mírně, intermitentně kňourá, sténá.	
2 – Silný pláč	Hlasitý křik, přidává na intenzitě, trvalý pláč (podle výrazu obličeje je možné počítat i bezhlasý pláč intubovaného dítěte).	
Typ dýchání		
0 – Uvolněné	Obvyklý typ dýchání pro dané dítě.	
1 – Změna v dýchání	Zatahuje, dýchá nepravidelně, dáví se, zadržuje dech.	
Paže		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby paží.	
1 – Skrčené/natažené	Natažené paže, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe.	
Nohy		
0 – Uvolněné/mírné pohyby	Bez svalové ztuhlosti, občasné náhodné pohyby nohou.	
1 – Skrčené/natažené	Natažené dolní končetiny, napjaté, ztuhlé nebo rychlé střídání extenze a flexe.	
Stav vědomí		
0 – Spí/bdí	Klidný, tiše spí, nebo je bdělý, občas pohne nohou.	
1 – Neklidný	Je bdělý, neklidný, hází sebou, zmítá se.	

Příloha 7 – Anesteziologický edukační materiál v nemocnici Kolín



Příloha 8 – Zdravotnický materiál a nástroje používané při příjmu dítěte



Medvídek jde na operaci

